



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Teresa Paula Barros Pereira Gonçalves

O CUIDAR DA PESSOA DIABÉTICA NUMA UNIDADE DE AGUDOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Trabalho efetuado sob orientação da
Professora Doutora Manuela Cerqueira
Mestre Albertina Marques

Novembro de 2012

*"É impossível e imoral pretender mudar o homem,
mas pode-se ajudá-lo a mudar-se a si próprio"*

Michel Crozier

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Mário e ao meu querido filho Tiago, pela minha ausência dos tempos perdidos, o carinho, o apoio que me deram, onde surgiu a força e motivação para acabar este estudo.

Aos meus pais, irmãos, afilhadas, sobrinha, família e amigos, pelo apoio e compreensão da minha ausência.

À minha orientadora, Professora Doutora Manuela Cerqueira e à minha co-orientadora Mestre Albertina Marques, pela pertinência das suas observações, sugestões e orientações, mas também pela incansável disponibilidade e pela ajuda na construção deste percurso de vida.

Aos participantes deste estudo, aos meus colegas de trabalho e enfermeira chefe, pelo apoio e força que me deram neste percurso, e pela colaboração e disponibilidade em participar neste estudo.

A todos, por estes e outros motivos que não encontro palavras para descrever, o meu muito, muito obrigado.

RESUMO

Cuidar da pessoa diabética numa unidade de agudos é uma realidade constante com que os enfermeiros se deparam no seu quotidiano, constituindo-se uma das áreas mais desafiantes no âmbito das relações humanas.

Reconhecendo a importância de valorizar as descobertas provenientes dos estudos de investigação, na abordagem da dimensão do cuidar, baseado na evidência, colocamos a seguinte questão de investigação “Que cuidados de Enfermagem são realizados pelos enfermeiros numa unidade de agudos à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados?”, com o objetivo de “Conhecer os cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros numa unidade de agudos à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados”, com a finalidade de contribuir para a melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família.

A opção metodológica assenta num estudo qualitativo do tipo estudo de caso. Os participantes do estudo são enfermeiros, a desempenhar funções numa unidade médica dum hospital de agudos. O método de colheita de dados foi a entrevista semi estruturada. Estas foram gravadas e posteriormente transcritas, submetidas a análise de conteúdo, através da qual emergiram as áreas temáticas, as categorias e subcategorias.

Os resultados obtidos sugerem que os enfermeiros centram o seu cuidar num modelo biomédico, dando assim resposta a uma gestão economicista dos serviços de saúde. No entanto, há enfermeiros que procuram centrar os seus cuidados na pessoa diabética e família através do estabelecimento de uma relação terapêutica, utilizando como estratégia a Educação para a Saúde com a intencionalidade de promover o empower da pessoa diabética e família. Reconhecem assim, a necessidade de cuidados relacionais e educacionais como resposta a necessidades psicológicas, emocionais e como fonte de suporte, contribuindo para a orientação e ajuda no controle da diabetes. Verificamos que os enfermeiros ajudam a pessoa diabética a preservar a autonomia, num clima de interação e estão despidos para as dificuldades e necessidades existentes no cuidar da pessoa diabética e família numa unidade de agudos.

Por último, apresentam-se as conclusões e sugestões de possíveis estratégias de cuidar, concretamente a implementação de programas educacionais envolvendo a pessoa diabética e a família, para o sucesso de um processo de aceitação da doença e uma integração no meio social. A dimensão da doença como a diabetes exige uma mudança de paradigma de cuidar biomédico para um paradigma centrado na pessoa, onde os enfermeiros têm um papel preponderante na contribuição para a continuidade de cuidados, articulando CSD e CSP.

Palavra chave: Pessoa diabética; Cuidar; Unidade de agudos.

ABSTRACT

Caring for a diabetic person in the unit is a constant reality that nurses face in their everyday lives, becoming one of the most challenging in the context of human relationships.

Recognizing the importance of valuing the findings from research studies, in addressing the dimension of care, based on evidence, put the following research question "What nursing care are performed by nurses in an acute unit for the diabetic patient and family, a perspective of continuity of care? ", aiming to "Meet the nursing care performed by nurses in an acute unit for the diabetic patient and family in a perspective of continuity of care, "with the aim of contributing to improved continuity care for the diabetic patient and family.

The methodology is based on a qualitative study of the case study.

Study participants were nurses, to perform duties in a medical unit of a hospital in the unit.

The method of data collection was semi structured interview. These were recorded and later transcribed, subjected to content analysis, through which emerged from the thematic areas, categories and subcategories.

The results suggest that nurses focus their care on a biomedical model, thereby responding to an economic management of health services.

However, there are nurses who seek to focus their care on diabetic person and family by establishing a therapeutic relationship, using a strategy of Health Education with the intent to promote and empower the diabetic person family.

Recognize the need for relational care and educational needs in response to psychological, emotional, and as a source of support, contributing to the guidance and help in controlling diabetes. We found that nurses help a diabetic person maintain independence in an atmosphere of interaction and are aware to the difficulties and needs on the care of the diabetic person and a family unit in the unit.

Finally, we present the conclusions and suggestions of possible strategies to care, specifically the implementation of educational programs involving the diabetic person and family, to the success of a process of acceptance of illness and social integration in the middle.

The extent of disease such as diabetes requires a paradigm shift in biomedical caring for a person-centered paradigm, where nurses have a key role in contributing to the continuity of care, coordinating CSD and CSP.

Keyword: Person diabetic; Care; acute unit.

SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AGJ – Anomalia da Glicemia em Jejum;

CSD- Cuidados de Saúde Diferenciados;

CSP- Cuidados de Saúde Primários;

DM – Diabetes Mellitus;

EPS – Educação para a Saúde;

GDHs – Grupo Diagnóstico Homogéneos;

HbA1C – Hemoglobina glicada ou glicosilada;

IDF – International Diabetes Federation;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

PTGO – Prova da Tolerância da Glicose Oral;

TDG – Tolerância Diminuída à Glicose;

ULSAM, EPE – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Empresa Pública do Estado.

| ÍNDICE | Pág. |
|---|-------------|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| I PARTE – A PESSOA COM DIABETES NA SOCIEDADE ATUAL – UM DESAFIO NESTE NOVO SÉCULO | |
| CAPÍTULO I - A PESSOA COM DIABETES E SUA IMPLICAÇÃO NA SAUDE ATUAL | |
| 1. A DIABETES – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS | 17 |
| 1.1. Pessoa Diabética – Conceito | 22 |
| 2. A PESSOA DIABÉTICA E FAMÍLIA | 26 |
| 2.1. Impacto da Doença no Seio Familiar | 30 |
| 3. POLÍTICAS DE SAÚDE | 33 |
| CAPÍTULO II - CUIDAR DA PESSOA DIABÉTICA E FAMÍLIA NO HOSPITAL | |
| 1. O CUIDAR NO HOSPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES | 37 |
| 2. O ENFERMEIRO PERANTE A PESSOA DIABÉTICA E FAMÍLIA NO HOSPITAL | 40 |
| 2.1. A EPS Realizada pelos Enfermeiros no Hospital numa Perspetiva de Continuidade de Cuidados | 41 |
| 2.2.1. Modelos Pedagógicos e Teorias de Aprendizagem | 45 |
| 2.2. A Relação de Ajuda Realizada pelos Enfermeiros | 48 |
| 3. QUESTÕES ÉTICAS PRESENTES NO CUIDAR DA PESSOA DIABÉTICA | 51 |
| II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA | |
| CAPÍTULO III - PARADIGMAS E OPÇÕES METODOLÓGICAS - MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO | |
| 1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO | 55 |
| 2. METODOLOGIA DO ESTUDO | 61 |
| 2.1. Tipo de Estudo | 62 |
| 2.2. A Entrada em Trabalho de Campo | 62 |
| 2.3. Terreno de Pesquisa | 63 |
| 2.4. Os Participantes do Estudo | 64 |
| 2.5. Instrumentos de Recolha de Dados | 64 |
| 2.6. Procedimentos de Análise de Dados | 65 |
| 2.7. Procedimentos Éticos | 66 |
| CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | |
| 1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS | 68 |
| 1.1. Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família na Unidade de | |

| | |
|---|------------|
| Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 70 |
| 1.2. EPS realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 72 |
| 1.3. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS à pessoa diabética e família | 74 |
| 1.4. Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 75 |
| 1.5. Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e Família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 76 |
| 1.6. Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 78 |
| 1.7. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 79 |
| 1.8. Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 81 |
| 1.9. Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 82 |
| 1.10. Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família | 85 |
| CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES | |
| 1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 87 |
| 2. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO | 94 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 96 |
| ANEXOS | 104 |
| ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, EPE | 105 |
| APÊNDICES | 107 |
| APÊNDICE I - GUIÃO DE ENTREVISTA | 108 |
| APÊNDICE II - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família na Unidade de Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 110 |
| APÊNDICE III - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Educação para a saúde realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 112 |
| APÊNDICE IV - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS | 114 |
| APÊNDICE V - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa | |

| | |
|--|------------|
| perspetiva de continuidade de cuidados | 116 |
| APÊNDICE VI - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da educação para a saúde à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 118 |
| APÊNDICE VII - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 120 |
| APÊNDICE VIII - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 122 |
| APÊNDICE IX - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 124 |
| APÊNDICE X - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 126 |
| APÊNDICE XI - QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família | 128 |

INDÍCE DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| FIGURA 1- Região Norte, Adaptado de Perfil de Saúde da Região Norte, 2009 | 19 |
|--|-----------|

INDÍCE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----------|
| GRÁFICO 1- Distribuição da população residente, com DM na Região Norte por grupo etário e por sexo, no ano de 2009 | 20 |
|---|-----------|

INDÍCE DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| QUADRO 1- Estimativa da população calculada para o período de 2010 – 2030 | 17 |
| QUADRO 2- Prevalência da “pré-diabetes” por grupo etário no ano de 2009 | 18 |
| QUADRO 3- Ciclo vital de Duvall | 29 |
| QUADRO 4- Características e Valores dos Modelos Pedagógicos | 46 |
| QUADRO 5- Princípios do ensino-aprendizagem e da experiência de aprendizagem | 48 |
| QUADRO 6- Categorias e Subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos enfermeiros de uma unidade hospitalar | 68 |

INDÍCE DE TABELAS

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 - Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família numa Unidade de Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 72 |
| Tabela 2 - EPS realizada pelos enfermeiros numa Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 73 |
| Tabela 3 - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS à pessoa diabética e família | 74 |
| Tabela 4 - Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 75 |
| Tabela 5 - Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 76 |
| Tabela 6 - Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 78 |
| Tabela 7 - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 80 |
| Tabela 8 - Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 81 |
| Tabela 9 - Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | 82 |
| Tabela 10 - Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família | 84 |

INTRODUÇÃO

Em Portugal existem mais de 900 mil diabéticos, o equivalente a 11,7% da população, entre os 20 e os 79 anos, em que cerca de 400 mil não estão diagnosticados (Observatório Nacional da Diabetes, 2010). Estimam-se que sejam diagnosticados anualmente em Portugal, cerca de 60 mil novos diabéticos (Gardete, 2009). Segundo o mesmo autor, *“estes números ultrapassam largamente as previsões para 2025 traduzindo um custo direto aproximadamente de mil milhões de euros, o que representa 0,7% do PIB português e 7% da despesa em saúde”*. Segundo a American Diabetes Association (2003), as despesas em cuidados de saúde que envolvem os diabéticos são cerca de 2,4 vezes superiores às despesas do mesmo grupo sem diabetes. Despesas que advêm, na sua maioria, do internamento decorrente de complicações da doença, tendo as complicações cardíacas especial relevância (Fuster, 2004).

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes as taxas de prevalência da Diabetes Mellitus (DM) são assustadoras e de um certo modo surpreendentes, e tal como refere a Entidade Reguladora da Saúde (2011) *“o peso da morbilidade e da mortalidade, em conjunto com os custos com recursos e consumos de medicamentos, internamentos, tratamentos vários, fitas-teste e rastreios justificam largamente esta classificação”*. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004) dá ênfase à elevada incidência e prevalência da diabetes, ao facto de corresponder a uma das causas de morte que maior crescimento inscreveu na última década e à manutenção da tendência de aumento das suas complicações. Assim, travar esta enorme expansão e seus respetivos custos representa um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, no que diz respeito a implementação de programas de prevenção e educação, onde a Educação Para a Saúde (EPS), a formação dos profissionais de saúde e a formação da pessoa diabética e família se torna fundamental para a melhoria dos cuidados à pessoa com doença crónica como a DM.

Efetivamente, os problemas das pessoas com diabetes são múltiplos, de ordem pessoal, familiar e social, que se não forem valorizados pelos enfermeiros, as complicações podem surgir a longo prazo como por exemplo as oftalmológicas, renais, cardíacas, neuropáticas ou vasculares.

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2011), a retinopatia diabética, constitui uma das principais causas de cegueira em todo o mundo, em que cerca de 2% das pessoas cegaram e cerca de 10% será atingida por marcados défices visuais. Também a neuropatia diabética é uma das causas de internamento por risco acrescido de ulceração e amputação posterior dos membros inferiores ou pés diabéticos.

Assim, a problemática da diabetes coloca aos enfermeiros reflexões de ordem crítica e analítica no seio das equipas multidisciplinares no contexto hospitalar no que se refere ao cuidar da pessoa diabética e família, onde a EPS se constitui uma estratégia, que exige habilidades e competências aos enfermeiros para atingir o objetivo do empower da pessoa diabética e família. Salientamos que a EPS *“é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode*

facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida” (Tones e Tilford, 1994). Neste contexto, o cuidar da pessoa diabética centrado nas suas necessidades é fundamental para a promoção da continuidade de cuidados.

Também o acompanhamento e o envolvimento familiar no cuidar da pessoa diabética são fundamentais para uma continuidade de cuidados com qualidade. A família é uma unidade essencial pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, sendo considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em contínua interação com o exterior, constituindo-se como um grupo complexo com funções socialmente definidas (Alarcão, 2000) e (Hanson, 2005). Neste sentido, os enfermeiros terão que olhar para a família como parceira no cuidar se querem que haja ganhos em saúde e que a continuidade de cuidados seja assegurada com qualidade.

Refletindo sobre toda esta problemática, assim como o interesse que surgiu pela realização do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, bem como o facto desenvolver a atividade profissional num serviço de Medicina, onde o número de doentes portadores da DM e suas complicações é elevado, emerge a questão de investigação: *Que cuidados de Enfermagem são realizados pelos enfermeiros numa unidade de agudos à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados?* Com o objetivo de conhecer os cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros numa unidade de agudos à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados, com a finalidade de contribuir para a melhoria de continuidade de cuidados à pessoa diabética e família.

Tendo em conta a questão de investigação, traçamos algumas questões orientadoras: Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros? Que dificuldades? Que necessidades? Que perceção relativo aos cuidados prestados pelos enfermeiros? Assim, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS, à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados;
- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, no cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados;
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros, no cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados;
- Identificar a opinião dos enfermeiros relativo aos cuidados que prestam à pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados.

Atendendo à problemática e objetivos delineados, o paradigma de estudo é qualitativo, do tipo estudo de caso. Utilizámos como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada e tratamento de dados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin.

Esta dissertação é constituída por duas partes, a primeira parte engloba todo o enquadramento teórico e a segunda parte integra a investigação empírica. Inicia-se com o enquadramento teórico, que permite situar a área temática em estudo, referente à pessoa diabética na sociedade atual, como sendo um desafio neste novo século.

Neste capítulo abordam-se conceitos, o impacto da doença no seio familiar; e as políticas de saúde. Integra ainda, o cuidar da pessoa diabética e família no hospital; o enfermeiro perante a pessoa diabética e família no hospital; a EPS realizada, os modelos pedagógicos existentes e teorias de aprendizagem; a relação de ajuda de enfermagem; e as questões éticas presentes no cuidar da pessoa diabética.

A segunda parte integra a investigação empírica, em que são definidas os paradigmas e opções metodológicas da investigação. De seguida, é apresentada a análise dos resultados, e a discussão dos resultados e conclusões.

Temos como desejo que a realização deste estudo possa sensibilizar os enfermeiros para a problemática da pessoa diabética e família e contribua para a melhoria de cuidados no âmbito hospitalar numa perspetiva de continuidade de cuidados.

I PARTE

A PESSOA COM DIABETES NA SOCIEDADE ATUAL – UM DESAFIO NESTE NOVO SÉCULO

CAPITULO I
A PESSOA COM DIABETES E SUA IMPLICAÇÃO NA SAÚDE ATUAL

1. A DIABETES – DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A Nível Mundial a DM é uma doença crónica em larga expansão em todo o mundo e prevê-se um agravamento da prevalência nos próximos anos conforme revelam os dados epidemiológicos. Cardoso (2007) relata que a DM atinge mais de 150 milhões de pessoas a nível mundial. Prevê-se que o número total de diabéticos irá sofrer um aumento claro num futuro próximo, ultrapassando os 366 milhões em 2030, com idades entre os 20 e os 79 anos de idade, segundo os dados da International Diabetes Federation (IDF, 2009). No entanto, segundo a mesma fonte, estes números apresentam variações regionais significativas. Mais de 80% destes diabéticos viveriam em países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. A região do Pacífico Oeste com 67 milhões e a região Europeia com 53 milhões são nesta altura, as regiões mais prevalentes em termos de diabetes. A estrutura etária de algumas populações tem naturalmente uma relação directa com esta prevalência regional. A Europa e a América do Norte têm populações cada vez mais idosas pelo que a sua prevalência tenderá a ser das mais elevadas em comparação com regiões doutros continentes com populações significativamente mais jovens. Segundo a IDF (2009), a DM é hoje uma das doenças não transmissíveis mais comuns a nível mundial (Quadro1).

QUADRO 1 – Estimativa da população calculada para o período de 2010 - 2030

| | 2010 | 2030 |
|--|------|------|
| População mundial total (biliões) | 7 | 8,4 |
| População adulta (20-79 anos, biliões) | 4,3 | 5,6 |
| Diabetes e IGT (20-79 anos) | | |
| Diabetes | | |
| Prevalência global (%) | 6,6 | 7,8 |
| Prevalência comparativa (%) | 6,4 | 7,7 |
| Número de pessoas com diabetes (milhões) | 285 | 438 |
| TDG | | |
| Prevalência global (%) | 7,9 | 8,4 |
| Prevalência comparativa (%) | 7,8 | 8,4 |
| Número de pessoas com IGT (milhões) | 344 | 472 |

Adaptado de IDF (2009)

A DM é a quarta ou quinta principal causa de morte na maioria dos países desenvolvidos e não há provas substanciais de que é epidemia em muitos países em desenvolvimento. A DM tipo 1 geralmente representa apenas uma minoria do peso total da DM numa população, no entanto, a sua incidência está a aumentar tanto em países pobres como nos países ricos. É a forma predominante da doença nos grupos etários mais jovens, na maioria dos países desenvolvidos.

A DM tipo 2 constitui cerca de 85-95% de todos os tipos de diabetes em países desenvolvidos e pode responder por uma percentagem ainda maior em países em desenvolvimento.

A Diabetes tipo 2 é hoje um problema de saúde global grave e comum, que, na maioria dos

países, tem evoluído em associação com as rápidas mudanças culturais e sociais, como sejam o envelhecimento da população, urbanização crescente, mudanças na dieta, atividade física reduzida, estilos de vida pouco saudáveis e outros padrões de comportamento.

A DM Gestacional é comum e, tal como a obesidade e a diabetes tipo 2 que estão relacionadas têm vindo a aumentar em frequência em todo o mundo. O risco de desenvolver diabetes após DM Gestacional é muito alto. Segundo a IDF, a prevalência DM Gestacional numa população aumenta a par com o aumento de prevalência da DM tipo 2.

A nível Nacional e de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010) em Portugal as estimativas de prevalência da diabetes referiam em 1995 cerca de 5,1% e em 2006 cerca de 6,5%. No entanto, com base nos novos critérios de diagnóstico definidos pela OMS, surge um estudo recente da prevalência da DM em Portugal segundo Gardete et al (2010) que veio trazer ao conhecimento a preocupante realidade portuguesa: no grupo etário dos 20 aos 79 anos a prevalência da DM era de 11,7% e a da “hiperglicemia intermédia “ ou “pré-diabetes “ de 23,2%, afetando em especial os mais idosos, o que em termos globais estima uns surpreendentes 905.035 portugueses com diabetes e 1.782.663 pessoas com “pré-diabetes”.

Segundo o mesmo autor, refere que o aumento verificado é atribuído às mudanças sociais e culturais rápidas das últimas décadas em conjunto com a adoção de estilos de vida de risco (obesidade e sedentarismo). Também o envelhecimento populacional vem ampliar o problema pois é espectável que se encontrem números superiores aos actuais à medida que a faixa de idosos na população aumente.

Na análise destes dados para além do valor padronizado da prevalência (sexo e idade) importa ponderar: uma prevalência de DM não diagnosticada de 5,1% (aproximadamente 400.000 pessoas), o que equivale a 43% do total de pessoas com diabetes, e por outro lado, cerca de 23,2% da população, apesar de não apresentar critérios diagnósticos de diabetes, encontra-se numa situação de “pré-diabetes”, caracterizada já por um aumento dos valores de glicemia em jejum e/ou pós-prandial.

A nível Regional, em relação às complicações secundárias da DM, segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010), podemos ainda verificar que nos indicadores possíveis de monitorizar pouco se alterou nos últimos anos.

Assim, segundo o mesmo autor, o número de amputações nos membros inferiores manteve-se estável nos últimos três anos (2007-2009), os internamentos por acidente vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio aumentaram, bem como a retinopatia diabética e o número de hemodialisados com diabetes.

De acordo com a IDF (2009) as projeções para Portugal apontam para uma prevalência de 13,7% em 2030 (Quadro 2).

QUADRO 2 – Prevalência da “pré-diabetes” por grupo etário no ano de 2009

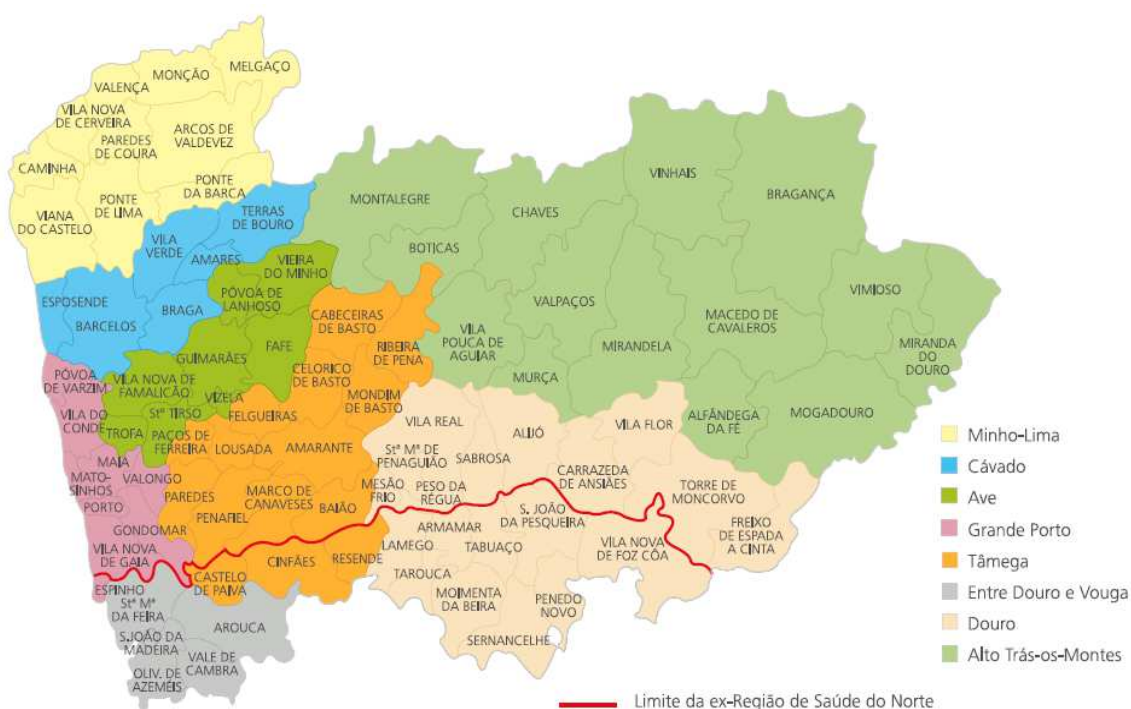
| | Pop. (20-79) (milhões) | Prevalência Portugal | Prevalência Mundial | Género masculino | Género Feminino | 20-39 | 40-59 | 60-79 | Diabetes Melitus (000s) |
|------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|--------|---------|---------|-------------------------------|
| Portugal 2030 | 7,94 | 13,7% | 11,2% | 626.246 | 465.026 | 83.249 | 371.241 | 636.780 | 1,091.272 |

Fonte: IDF, 2009

Segundo o documento sobre Carga Global da Doença na Região Norte de Portugal (Portugal, 2011a), na população da região Norte, até aos 59 anos de idade, os anos de vida saudável são perdidos, sobretudo, por doença e/ou incapacidade. A DM e a perda de visão surgem como a quarta e quinta causas, do total de anos de vida saudável perdidos. O Norte apresenta uma estrutura bimodal da distribuição territorial da sua população, com maior densidade populacional nos municípios do litoral, em que é a região do Continente com menor índice de envelhecimento. No entanto, a tendência de crescimento deste indicador nos últimos anos e a acentuada redução da taxa bruta de natalidade perspetivam cenários preocupantes.

A esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar nos últimos anos, não se observando diferenças significativas entre a região Norte e o Continente. Contudo, a tendência decrescente da natalidade começa a consolidar transformações na pirâmide etária da população, com estreitamento da sua base, o que suscita preocupação segundo o Perfil de Saúde Regional Norte (Portugal, 2009). Nas projeções demográficas realizadas para a região Norte é de prever que em 2011 a população seja, aproximadamente, de 3,8 milhões.

FIGURA 1 – Região Norte, adaptado de *Perfil de Saúde da Região Norte, 2009*



A evolução da taxa de mortalidade padronizada (por 100000 habitantes), na população com idade inferior a 65 anos, por causas de morte específicas na região norte, para ambos os sexos (2001-2005) na DM era de 4,7%.

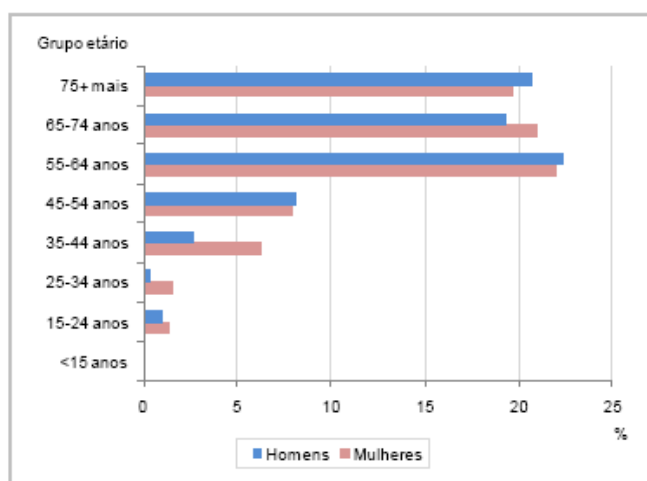
A taxa de mortalidade padronizada, na população com idade inferior a 65 anos, nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, para ambos os sexos (2001-2005) era de 6,1% (Perfil de Saúde Regional Norte, Portugal, 2009). Por sua vez, a evolução da taxa de mortalidade padronizada para todas as idades por causas de morte específicas na região norte, para ambos os sexos (2001-2005) na DM era de 25,5%.

No âmbito da DM, na região Norte, verificam-se valores de prevalência superiores, relativamente ao Continente, valores referidos anteriormente, neste trabalho.

Comparando estes resultados observa-se um aumento da percentagem da população residente com DM nos grupos etários representados no Gráfico 1, com destaque para a população com idade superior a 55 anos (Perfil de Saúde Regional Norte, Portugal, 2009).

Acresce a este aspecto, o facto de a percentagem de homens com diabetes ser superior nas idades entre os 55-64 anos e com 75 e mais anos.

GRÁFICO 1 – Distribuição da população residente, com DM na região norte por grupo etário e por sexo, no ano de 2009. Adaptado de Perfil de Saúde da Região Norte, 2009



Fonte: INSA/INE - 3º INS (98/99) e 4º INS (05/06)

Relativamente às mulheres, verifica-se uma percentagem superior relativamente aos homens, entre os 65-74 anos, sendo que a faixa etária onde se evidencia uma diferença mais significativa entre os sexos, corresponde aos 35-44 anos.

No Distrito de Viana do Castelo, a área geográfica é confinada em cuidados de saúde pela Unidade Local de Saúde Alto Minho, Empresa Pública do Estado (ULSAM, EPE), que é limitado a norte e a leste com Espanha, a sul com o distrito de Braga e a oeste com o Oceano Atlântico, com uma área de 2 255 km². A sede do distrito é Viana do Castelo, integra 10 Concelhos e 290 freguesias. A População residente (dados preliminares do censo 2011) é de 244.947, (Proposta de Plano Estratégico da ULSAM, EPE, 2011-2013).

Para servir a população, a ULSAM, EPE dispõe de uma rede de 15 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 9 Unidades de Saúde Familiar, 5 Unidades de Cuidados à Comunidade e uma Unidade de Saúde Pública, dois hospitais localizados 1 em Viana do Castelo e 1 em Ponte de Lima e 2 internamentos de convalescença públicos, que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Verifica-se contudo, um índice de envelhecimento revelador da evolução demográfica recente, quer no distrito quer no País.

Em quase duas décadas, no distrito, o número de idosos por cada 100 jovens passou de 85, em 1991, para 160 valor registado em 2009.

Neste contexto, no que diz respeito à proporção de idosos com 85 e mais anos em relação aos de 65 e mais (índice de sobre envelhecimento), todos os concelhos que integram o distrito de Viana

do Castelo apresentam valores superiores aos do Continente (10,3%, 10 idosos de 85 e mais anos por cada 100 idosos de 65 e mais anos) e Região Norte (10%) nomeadamente Arcos de Valdevez (15,0%), Paredes de Coura e Melgaço (13,6%). O concelho mais envelhecido é Melgaço e o mais sobre envelhecido Arcos de Valdevez.

De acordo com o estudo sobre a organização e desempenho das Unidades de Local de Saúde, citado por, Proposta de Plano Estratégico (2011-2013), a ULSAM, EPE apresenta, entre as seis unidades locais de saúde estudadas, o segundo mais baixo valor de Índice de desenvolvimento humano.

Este facto resulta de ter a mais baixa taxa de alfabetização, a mais baixa taxa de escolarização e o terceiro mais baixo do Produto Interno Bruto *per capita*. Todas estas variáveis estão associadas a um baixo nível de saúde e constituem prova inequívoca de que os serviços de saúde da ULSAM, EPE merecem ver o seu orçamento reforçado para que a saúde da população do Alto Minho alcance as condições que os cidadãos das outras unidades locais de saúde já dispõem.

Ainda que a taxa de mortalidade padronizada pela idade para todas as causas tem vindo a diminuir, a ULSAM, EPE apresenta os valores elevados.

Neste contexto, verifica-se que a população abrangida pela ULSAM, EPE apresenta maior risco de morte, em ordem decrescente, por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças respiratórias, sintomas, sinais e achados anormais não classificados e doenças do aparelho digestivo.

Na análise por causas específicas de mortalidade, são as doenças cérebro vasculares e a doença isquémica do coração que se situam nos primeiros lugares, seguidas das pneumonias, diabetes (surgindo em quinto lugar numa lista de 15 patologias) e tumor maligno do cólon e reto (Proposta de Plano Estratégico 2011-2013). Assim, é necessário entender o que define a diabetes para melhorar esta estatística.

1.1. Pessoa Diabética – Conceito

Contextualizando esta temática, a DM é uma doença crónica progressiva com complicações graves e que envolve grandes custos. Tem um longo passado histórico, desde 1550 antes de Cristo. Num papiro egípcio da época era referida como uma doença desconhecida, que induzia rápida perda de peso e poliúria segundo a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetes Mellitus (2010). Segundo Carvalho (2010), refere que a noção de doença sistémica é dada pela primeira vez por Avicena (980-1037), um médico árabe que relacionou a situação clínica com o aparecimento de gangrena. Leonard Thompson citado por Carvalho (2010) demonstra que a diabetes era causada pela falta de secreção de insulina. Provou ainda, que a administração de insulina induzia à recuperação física daqueles que sofriam da doença. Posteriormente, desenvolveram-se as tiras testes para avaliar o controlo glicémico e o doseamento da HbA1c começou a ser utilizado para avaliação do controlo glicémico médio.

Neste sentido, esta patologia heterogénea quanto à sua etiopatogenia, a sua classificação tem sofrido alterações ao longo dos anos. Conforme já referido, a DM é uma doença crónica em crescimento, que atinge cada vez mais pessoas em todo o mundo e em idades mais jovens. Lisboa e Pape (2004), referem que a situação a nível mundial é dramática, afirmando que a Organização Mundial da Saúde, aponta como estimativa 3,2 milhões de pessoas a morrer por ano devido à diabetes. Assim, esta doença em expansão epidémica, que envolve custos sociais e económicos, exige que nós compreendamos a sua definição. Presentemente é definida como: *“(...)um síndrome caracterizado por uma deficiente insulina secreção, relativa ou absoluta, a que se podem associar graus variáveis de insulino-resistência, resultando na hiperglicemia crónica e alterações do metabolismo dos lípidos e proteínas. A hiperglicemia crónica é o principal factor patogénico, responsável não só pelo quadro sintomático clássico (poliúria, polidipsia, perda de peso), como também, e ao longo do tempo, pela lesão dos tecidos e órgãos com consequente aparecimento das complicações tardias, sobretudo vasculares (Macro e Microangiopatia), que conferem a este síndrome alta mortalidade e morbilidade”* (Lisboa e Duarte, 1997, p. 3).

As alterações existentes nos hábitos de vida diária, nomeadamente dos jovens, como a escassa prática do exercício físico, hábito alimentares inadequados, estão a provocar um aumento da diabetes tipo 2 em adolescentes e jovens. Sabendo-se que esta tipologia era própria de adultos, Samuel (1997), refere que a maioria dos diabéticos tipo 2 são obesos, e assim o foco primordial é a perda de peso.

No entanto, há grupos de risco com fortes probabilidades de se tornarem diabéticos, nomeadamente: pessoas com familiares diretos com diabetes; homens e mulheres obesos; homens e mulheres com tensão arterial alta ou níveis elevados de colesterol no sangue; mulheres que contraíram diabetes gestacional na gravidez; crianças com peso igual ou superior a quatro quilogramas à nascença, bem como, doentes com problemas no pâncreas ou com doenças endócrinas. Existem quatro tipos de DM: DM tipo 1, DM tipo2, DM gestacional e outros tipos específicos de Diabetes.

A DM tipo 1 resulta da destruição das células produtoras de insulina do pâncreas pelo sistema de

defesa do organismo, geralmente devido a uma reação autoimune. As células beta do pâncreas produzem, assim, pouca ou nenhuma insulina, a hormona que permite que a glicose entre nas células do corpo (Norma nº 002/2011 de 14.01.2011, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, Portugal, 2011b).

A doença pode afetar pessoas de qualquer idade, mas ocorre geralmente em crianças ou adultos jovens. As pessoas com Diabetes tipo 1 necessitam de injeções de insulina diária para controlar os seus níveis de glicose no sangue. O aparecimento da Diabetes tipo 1 é, geralmente repentino e dramático e pode incluir sintomas como: sede anormal e secura da boca, micção frequente, cansaço, fome constante, perda de peso súbita, feridas de cura lenta, infeções recorrentes e visão turva. Este tipo é menos frequente do que a Diabetes tipo 2 (menos de 10 % dos casos de Diabetes), mas a sua incidência está a aumentar, e embora os motivos não sejam completamente conhecidos, é provável que se relacionem, sobretudo, com alterações nos fatores de risco ambiental. Os fatores de risco ambientais, o aumento da altura e de peso, o aumento da idade materna no parto e, possivelmente, alguns aspetos da alimentação, bem como a exposição a certas infeções virais, podem desencadear fenómenos de autoimunidade ou acelerar uma destruição das células beta já em progressão.

A DM tipo 2, segundo a Norma nº 002/2011 de 14.01.2011 (Portugal, 2011b), é a forma mais frequente de diabetes. Ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida. O seu diagnóstico ocorre geralmente após os 40 anos de idade, associada à obesidade, principalmente em populações com elevada prevalência de Diabetes. Ela pode ser assintomática, ou seja, pode passar despercebida por muitos anos, sendo o diagnóstico muitas vezes efetuado devido à manifestação de complicações associadas ou, acidentalmente, através de um resultado anormal dos valores de glicose no sangue ou na urina. Tem uma forte componente de hereditariedade, mas os seus principais genes predisponentes ainda não foram identificados.

Há vários fatores possíveis para o desenvolvimento da Diabetes tipo 2, entre os quais:

- Obesidade, alimentação inadequada e inatividade física;
- Envelhecimento;
- Resistência à insulina;
- História familiar de Diabetes;
- Ambiente intra uterino deficitário;
- Etnia.

Ao contrário da Diabetes tipo 1, as pessoas com Diabetes tipo 2 não são dependentes de insulina exógena e não são propensas a cetose, mas podem necessitar de insulina para o controlo da hiperglicemia se não o conseguirem através da dieta associada a anti-diabéticos orais. A Diabetes Gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez. A definição é aplicável, independentemente de a insulina ser ou não utilizada no tratamento (Norma nº 002/2011 de 14.01.2011, Portugal, 2011b).

O controlo dos níveis de glicose no sangue reduz significativamente o risco para o recém nascido. Pelo contrário, o aumento do nível de glicose materna pode resultar em complicações para o

recém-nascido, nomeadamente macrosomia (tamanho excessivo do bebé), traumatismo de parto, hipoglicemia e icterícia.

As mulheres que tiveram Diabetes Gestacional apresentam um risco aumentado de desenvolver Diabetes tipo 2 em anos posteriores. Este tipo de Diabetes está também associado a um risco aumentado de obesidade e de perturbações do metabolismo da glicose durante a infância e a vida adulta dos descendentes.

Outros tipos específicos de Diabetes, de acordo com a Norma nº 002/2011 de 14.01.2011 (Portugal, 2011b), são consequência de um processo etiopatogénico identificado, como, por exemplo: defeitos genéticos da célula β pancreática, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas e Diabetes induzida por químicos ou fármacos.

Neste contexto, a identificação do estágio em que a pessoa com alterações do metabolismo da glicose se encontra em cada momento permite as estratégias de intervenção e monitorização mais adequadas. Ainda, de acordo com a Norma nº 002/2011 de 14.01.2011 (Portugal, 2011b), consideram-se, actualmente, dois estádios intermédios de alteração de homeostase da glicose: a anomalia da glicemia em jejum e a tolerância diminuída à glicose após sobrecarga oral com 75 g de glicose. Qualquer uma destas, isoladamente ou em conjunto, identifica grupos de indivíduos que se encontram em estádios distintos da alteração do metabolismo da glicose, para os quais se verifica um risco aumentado, denominando-se estas situações por hiperglicemia intermédia ou pré-diabetes.

Por outro lado, segundo a Circular Normativa nº 09/2002 de 04.07.2002, Actualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus (Portugal, 2002), também a Hemoglobina glicada A1c é utilizado no diagnóstico da diabetes. Contudo, este parâmetro não exclui os anteriores, não se eliminando a existência de DM para um valor inferior a 6,5%.

De acordo com a Circular Normativa nº 09/2002 de 04.07.2002 (Portugal, 2002), o diagnóstico da DM é realizado com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou
- Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

De salientar, que de acordo com Norma nº 002/2011 de 14.01.2011 (Portugal, 2011b), o diagnóstico de DM numa pessoa não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas. Acrescente a este aspecto, é aconselhável usar um só parâmetro para o diagnóstico de DM. Porém, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA1c, se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deverá ser repetido numa segunda análise.

Com efeito, o diagnóstico da hiperglicemia intermédia (pré-diabetes) ou identificação de categorias

de risco aumentado para DM faz-se com base nos seguintes parâmetros:

- Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum ≥ 110 e <126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $<7,0$ mmol/l);
- Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e <200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $<11,1$ mmol/l).

Por outro lado, o diagnóstico de Diabetes Gestacional faz-se com base nos seguintes valores para plasma venoso:

- Glicemia de jejum, a realizar na 1.^a consulta de gravidez, ≥ 92 mg/dl e <126 mg/dl (ou $\geq 5,1$ e $<7,0$ mmol/l);
- Se glicemia de jejum <92 mg/dl, realiza-se PTGO com 75 g de glicose, às 24-28 semanas de gestação. É critério para diagnóstico de diabetes gestacional, a confirmação de um ou mais valores:
 - a) Às 0 horas, glicemia ≥ 92 mg/dl (ou $\geq 5,1$ mmol/l);
 - b) À 1 hora, glicemia ≥ 180 mg/dl (ou $\geq 10,0$ mmol/l);
 - c) Às 2 horas, glicemia ≥ 153 mg/dl (ou $\geq 8,5$ mmol/l).

Quer o diagnóstico de DM, quer o diagnóstico de Hiperglicemia intermédia deverão ser registados no processo clínico, e posteriormente emitida a receita com prescrição do “Guia da pessoa com Diabetes” conforme a Circular Normativa nº 09/2002 de 04.07.2002 (Portugal, 2002).

As complicações da DM têm associadas diversas complicações, nomeadamente agudas e tardias. De entre as complicações agudas destacam-se a cetoacidose, o coma hiperosmolar e a hipoglicemia. Contudo, são as complicações tardias que assumem maior relevo. De acordo com o Dossier Diabetes em conjunto de Objetivos Comuns (Portugal, 1998) aproximadamente 40% das pessoas com DM apresentam complicações tardias da sua doença. Afetam diversos órgãos: rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, que se manifestam as mais importantes, e frequentemente fatais complicações. No âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (Portugal, 2007), consideram-se como as principais complicações major da DM: doenças Cardiovasculares, Nefropatia, Neuropatia, Amputação e Retinopatia.

2. A PESSOA DIABÉTICA E FAMÍLIA

Cada pessoa desenvolve valores, crenças e desejos individuais, atingindo ou não, um entendimento no seu projeto de saúde.

As funções fisiológicas são fatores importantes no processo de equilíbrio da pessoa, sendo influenciáveis pela condição psicológica, pelo seu bem-estar e conforto físico.

Segundo a Ordem Dos Enfermeiros (OE) (2001) *"a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se"*. Neste sentido, a pessoa pode ser definida ainda como tendo comportamentos influenciáveis pelo ambiente, no qual ela vive e cresce, com equilíbrio e harmonia (OE, 2001).

De fato, o ambiente condiciona e influencia a pessoa e o seu estilo de vida, em que depende do meio físico, político, económico, cultural e organizacional (OE, 2001).

Neste contexto, a família é um elo importante para a pessoa, permitindo um equilíbrio emocional, social e de harmonia.

A família é uma instituição social básica, encerrando em si o processo natural de geração e de desenvolvimento da vida humana, sendo sede pioneira da educação e da convivência, centro da aprendizagem inigualável de solidariedade inter e intra geracional, no espaço de continuidade e de criação cultural e veículo privilegiado de relação pessoal e de integração na comunidade e constituição desta.

Podemos, ainda definir família como sendo uma *"comunidade de pessoas, a mais pequena célula social, e como tal é uma instituição fundamental para a vida de cada sociedade"* (João Paulo II, 1994), em que a família é considerada a assistência de saúde do mundo, ou seja o pilar básico da sociedade.

A família é o Pigmalião através do qual se realizam as primeiras e mais importantes expectativas ou profecias de realização automática quanto ao futuro do indivíduo e da sociedade (Single, 2000). A família tem como responsabilidade profissional o processo de socialização dos seus membros e a satisfação de necessidades básicas. Por isso ela é célula fundamental para as relações entre as sociedades.

O conceito de família sofreu modificações ao longo da história, foram-se desapertando os laços familiares surgindo assim novas modalidades.

A mobilidade geográfica, a substituição dos grupos de parentesco pelos grupos formais e a oportunidade de se atingir sozinho o "status" desejado concorrem para as mudanças nas relações familiares.

O conceito de família, pode ser utilizado em sentido amplo ou em sentido restrito.

No sentido amplo, família pode designar uma linhagem de parentesco que se pode manter por gerações onde os indivíduos pertencentes a uma mesma linhagem se mantêm ligados através de várias formas de património: moral, material, simbólico entre outros.

No sentido restrito o conceito de família designa um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, referindo-se simplesmente ao conjunto formado pelos pais e pelos filhos.

Johson citado por Lancaster (1999), refere que, *"família é composta por dois ou mais indivíduos, pertencendo ao mesmo ou a diferentes grupos de parentesco, que estão implicados numa adaptação contínua à vida residindo habitualmente na mesma casa, experimentando laços emocionais comuns partilhando entre si e com os outros certas obrigações"* (p. 493).

A família no contexto sociocultural de hoje continua a desempenhar um papel fundamental e a ser a unidade básica onde nos desenvolvemos e nos socializamos. É entendida como um sistema, um todo, uma e única.

Os paradigmas familiares inter-geracionais relacionados com a doença crónica, crise e perda, influenciam o desenvolvimento desta numa contínua interação de estruturas de vida.

Neste sentido, Relvas (1996) considera a família como um "Ser" uno e particular *"é entendida como um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspetiva holística pode ser corretamente compreendida."*

Sendo a família vista como um sistema, um todo, mas também parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra, referindo-se concretamente à comunidade e à sociedade, organiza-se em unidades sistémico-relacionais denominadas de subsistemas todos ligados de forma hierarquicamente organizado, com limites ou fronteiras permeáveis e que a distinguem do seu meio. Na análise da família definiram-se dois eixos:

- Eixo sincrónico - do espaço familiar, eminentemente relacional. Tentando um equilíbrio entre a individualização e a socialização dos seus elementos. Este eixo revela-se na estrutura da família, nas relações entre os seus membros, nas alianças e limites, no modo e tipo de comunicação por eles privilegiados criando normas e padrões ou modelos de interação que caracterizam determinada família;
- Eixo diacrónico - a família como sistema vai sofrendo um processo de desenvolvimento no sentido da sua evolução. Este diz respeito à diferenciação estrutural progressiva, à transformação sofrida pelo grupo ao longo da história familiar, e a aquisição ativa e rejeição de papéis pelos seus membros, enquanto se adaptam a pressões recorrentes da vida quotidiana, levando a mudança de requisitos funcionais com vista a sobrevivência como sistema familiar.

No desenvolvimento familiar, a família apresenta movimentos de abertura, ou seja, evolução mudança e movimentos de fecho, conservação manutenção. *"Do tempo familiar, eminentemente histórico, no qual surge como fundamental o desenvolvimento da família, em equilíbrio com a sua tendência para a manutenção"* (Relvas, 1996, p. 29).

A tipologia familiar é definida em função da sua constituição e da sua estrutura. Sorensen (1998, p. 398) define-a como:

- *"Família nuclear - constituída pelo marido, mulher e filhos biológicos;*
- *Família mista - constituída por marido, mulher que tem filhos de casamentos prévios e os seus próprios filhos biológicos, vivendo em comum;*
- *Família alargada - marido, mulher, os filhos os avós e outros parentes consanguíneos como tios, tias, primos a viver em comum;*
- *Famílias monoparentais - famílias de um ou mais filhos, que existe apenas um progenitor."*

A abordagem do desenvolvimento da família reside especificamente na identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em termos de cumprimento de tarefas bem definidas.

A esta sequência dá-se o nome de ciclo vital da família, e as tarefas caracterizam as suas etapas. As tarefas de desenvolvimento familiar relacionam-se não só com as características individuais dos elementos que a compõe, assim como com a pressão social para o desempenho adequado dessas tarefas por forma a dar continuidade funcional ao sistema familiar.

Os papéis parentais efetuam-se segundo as necessidades específicas dos filhos e também segundo expectativas sociais, que são de antemão atribuídas aos pais como pessoas responsáveis pela educação.

Existem funções primordiais para o desenvolvimento e proteção dos membros (função interna) e a socialização adequada e transmissão de determinadas culturas (função externa).

Assim a família terá que resolver com sucesso duas tarefas básicas: a criação de um sentimento de pertença ao grupo, e a individualização/autonomização dos seus elementos.

O ciclo vital representa um esquema de classificação por estádios que mostram a sequência previsível de transformações, ou seja concretiza-se o desenvolvimento que as famílias nucleares percorrem desde que nascem até à morte.

A primeira classificação de estádios do ciclo vital foi representada pelo sociólogo Duvall citado por Relvas (1996), nos anos cinquenta, onde introduziu a noção de tarefas de desenvolvimento no todo familiar e onde são considerados oito estádios, desde o casal sem filhos até ao envelhecimento (p.18).

Neste sentido, considera a presença de crianças, a idade e evolução do filho mais velho com critério adequado para a sua delimitação.

QUADRO 3 - Ciclo vital de Duvall

| ESTADIOS | TAREFA |
|---|---|
| 1. Casais sem filhos. | Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade. |
| 2. Famílias com recém-nascidos (filho mais velho; nascimento- 30 meses). | Ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente. |
| 3. Famílias com crianças em idade pré -escolar (filho mais velho; 2,5-6 anos). | Adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento. |
| 4. Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho: & -13 anos). | Assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase. |
| 5. Famílias com filhos adolescentes (filho mais velho; 13- 20 anos). | Facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais. |
| 6. Famílias com jovens adultos (saída do primeiro filho - saída do último filho). | Permitir a separação e o "lançamento" dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (primeiro emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar. |
| 7. Casal na meia-idade ("Ninho vazio – reforma"). | Reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas. |
| 8. Envelhecimento (reforma - morte de um ou ambos os cônjuges). | Ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento. |

Fonte: Relvas (1996, p. 18).

Elisabeth Carter e Mónica McGoldrick citada por Relvas (1996), descrevem o ciclo vital numa perspetiva diferente em termos de conceção global, duração e tipo de tarefas (Quadro 3). Como nos diz Relvas (1996), deixa de haver a referência exclusiva à família nuclear, atribuindo importância aos aspetos trigeracionais do desenvolvimento familiar.

Sendo a instituição mais antiga, esta sofreu ao longo dos séculos transformações, quer na sua constituição, quer na sua estrutura, assegurando a continuidade de desenvolvimento dos seus membros, bem como a sobrevivência como sistema familiar.

Segundo o mesmo autor, hoje existem diferenças profundas na constituição e funcionamento das instituições familiares.

No entanto a evolução da instituição não envolve roturas com as estruturas anteriores, pelo facto de se oporem ao carácter imutável de dois traços essenciais, a transmissão da vida, a unidade e autonomia, que a identifica como instituição familiar.

Numa perspetiva sistémica, a família como sistema, goza das mesmas propriedades dos sistemas

abertos, tornando-se evidentes as fronteiras dos vários sistemas ou subsistemas. São permeáveis, permitem a passagem seletiva das informações e a compreensão de como o sistema requerer o conhecimento dos contextos em que participa, o que obriga não só à análise das relações horizontais, como das relações verticais, esta hierarquia denomina-se "hierarquia sistema", sendo o aspeto fundamental para a compreensão da família e que se prende com a abertura dos sistemas as fronteiras que permitem a passagem da informação entre a família e o meio, bem como os diversos subsistemas familiares.

O grau de abertura ou fecho desses limites são consideradas normas que definem quem participa num subsistema e o modo como o faz, que varia conforme as famílias e o momento da evolução que atravessa.

2.1. Impacto da Doença no Seio Familiar

A família é um sistema que muda a sua estrutura, mantendo a sua organização, face às situações de crise. Na abordagem familiar há dois fatores implícitos: O tempo e a mudança.

O tempo surge associado às tarefas de desenvolvimento da família bem como aos marcadores das respetivas fases designado por tempo processual relacionando-se com os diversos momentos estruturais que se vão articulando na família *"momentos em que se jogam diferentes papeis e posicionamentos, bem como diferentes proeminências desses mesmos papeis (...)"* (Relvas, 1996, p. 25).

Em termos relacionais pode-se falar de um tempo familiar, que se prende não só com essa progressão mas com toda a história familiar. Permite a articulação e o reenquadramento dos ciclos vitais das diferentes famílias nucleares, o que significa mudança, transformação, flutuações permanentes que se atingirem determinada amplitude implicam reestruturação do próprio sistema. A mudança é entendida como rotura processual, é imprevisível e irreversível. Corresponde às chamadas crises, implicando grande situação de stress na vida familiar. Não é o carácter agradável ou desagradável dum acontecimento que o define como crise, mas sim o seu carácter de mudança.

As crises familiares não se esgotam nos momentos de transição do ciclo vital, como refere Relvas (1996); crises esperadas, podem surgir outros acontecimentos ao longo da história familiar que se transformarão em crises com todas as suas implicações, é o caso de uma doença aguda que poderá evoluir para uma situação inesperada que originará sem dúvida uma situação de crise familiar. Philippe Caillé citado por Relvas (1996) refere, *"A crise requer uma transformação e não a reparação ou substituição dum "defeito", o que pode ser complicado porque esta transformação tem que ser coerente com a nova fase da história familiar"* (p. 28).

Quando surge uma doença crónica prolongada num membro familiar, o que representa há partida uma ameaça para a manutenção da unidade familiar, exige também alterações de função. A unidade familiar sofre roturas do estilo de vida, da privacidade e dos rendimentos. É exigido uma transformação do modelo relacional ao nível da estrutura e regras de funcionamento, e não apenas à reparação, neste conceito pode-se afirmar que o sistema nunca para, está em mudança

constante no sentido de reencontrar um novo estágio de equilíbrio. A crise pode ter que ver com exigências de mudança, interna ou externa, tarefas normativas ou com fatores de stress accidentais. A história de vida familiar é uma história da sucessiva progressão dos seus momentos de crise e períodos de transição, bem como da evolução ou dificuldades que comportam o ciclo vital e no interiorizar das gerações.

As famílias desenvolveram ao longo do tempo um equilíbrio em que cada membro tem o seu lugar, independentemente da sua estrutura. A unidade familiar sofre alterações na sua homeopatia perante a doença grave ou a morte de um dos seus membros, implicando uma mudança global e qualitativa do sistema. Confrontada com a doença de um dos seus membros todos os elementos da família vão sofrer de ansiedade e stress.

Preocupam-se com a gravidade da doença, o sofrimento que essa doença possa implicar. Então, esta doença converte-se em doença familiar constituindo uma situação de mudança e implicando um processo de reajustamento de estrutura, papéis, padrões de comunicação e das relações afectivas dos seus membros.

Há uma alteração do estilo de vida da privacidade, e dos rendimentos da unidade familiar. Garcia citado por Moreira (2001) refere “ *a ansiedade e tensão a que a família está submetida podem originar nalguns casos a ocorrência de sintomas psicofisiológicos, tais como perda de apetite, de peso e dificuldade em dormir* ” (p. 25).

Para poder compreender a interação da doença com os ciclos de vida do indivíduo e família é importante analisar o desenvolvimento da doença, particularmente o das doenças crónicas. Rolland citado por Moreira (2001) considera que a doença apesar da sua natureza arbitrária pode ser dividida em quatro categorias: o início, o curso, as consequências e o grau de incapacidade.

Numa doença de início agudo os reajustamentos sofridos pela família ocorrem num curto período de tempo, o que exige uma mobilização mais rápida para administrar a crise.

As doenças crónicas são de curso progressivo, evoluem de forma contínua progredindo em severidade. Nestas situações a família defronta-se com um dos seus membros continuamente sintomático e com uma incapacidade que vai aumentando gradualmente.

O facto de as mudanças de papéis serem, neste caso, progressivas expõe a família a uma crescente tensão quer pelo risco de exaustão quer pelo contínuo acréscimo de tarefas ao longo do tempo. As doenças assim assumem três formas gerais: progressiva, constante e reincidentes.

Depois de um período inicial de recuperação, a fase crónica é caracterizada por algum deficit, ou uma limitação residual e funcional.

A família confronta-se com uma mudança semi permanente, que é estável e previsível, durante um considerável período de tempo. Existe potencial de exaustão familiar, sem tensão de novas alterações de papéis (doença progressiva ou constante).

Quando o curso da doença se torna reincidente, o que a caracteriza é a alteração de períodos estáveis de duração variada, caracterizada por ausência de sintomas, alternando com períodos de exacerbação. A família mantém uma rotina normal, exige adaptabilidade, mas requer menos cuidados contínuos ou redistribuição de papéis. Contudo a natureza episódica da doença requer flexibilidade na organização familiar.

A tensão sobre o sistema familiar é causada, tanto pela frequência das transições entre crise e não crise. A extensão em que a doença crónica pode provocar a morte e o grau em que ela pode encurtar a vida, são aspetos críticos característicos com profundo impacto psicossocial.

As consequências da doença, principalmente das que ameaçam a vida, fazem com que a família tenha sentimentos de tristeza e seja conduzida a sentimentos que alternam entre o desejo de intimidade e o impulso de se afastarem emocionalmente do doente.

A manutenção do equilíbrio familiar é afetada pela perspectiva de perda. Os efeitos da incapacidade do indivíduo doente na família estão dependentes das exigências do seu papel, da estrutura, flexibilidade e recursos dessa mesma família.

3. POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas de saúde estão pré-definidas para várias patologias crónicas, com prioridades estabelecidas, conforme a sua gravidade de morbilidade, mortalidade e incidência ou prevalência.

A DM é inserida nas doenças crónicas com etiologia comum, a um conjunto de factores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais.

De acordo com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionadas com os Estilos de Vida (Portugal, 2004), *“a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, as suas opções individuais constitui um importante papel na génese da saúde individual e coletiva”*. Numa abordagem preventiva tradicional, foram desenhados e implementados programas verticais em função de cada doença crónica, ou de cada fator de risco.

Porém, este tipo de abordagem pode conduzir à duplicação de atividades, por vezes até de princípios de atuação, particularmente no que se refere à prevenção primordial e à prevenção primária destas doenças, dificultando uma abordagem sistémica e holística, crucial para a obtenção de mudanças positivas nos estilos de vida da população (Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionadas com os estilos de vida, Portugal, 2004).

Assim, os fatores determinantes da saúde decorrem de fatores individuais e de fatores ambientais, económicos, sociais e culturais, pelo que têm sido implementados, a nível nacional e europeu, redes e programas focalizados em ambientes específicos, destacando-se a este nível as escolas, os locais de trabalho e as cidades, predominantemente orientados para a capacitação das pessoas para a adoção de estilos de vida saudáveis. Isto implica portanto, diferentes estratégias e abordagens de promoção da saúde, estratégias multisectoriais, multidisciplinares, diversificadas e sujeitas a avaliação, ou seja, o modelo salutogénico.

De acordo com Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (Portugal, 2007), é fundamental o conhecimento epidemiológico da diabetes, a sua distribuição na população portuguesa, para ser reforçada a capacidade organizativa dos serviços prestadores de cuidados de saúde e serem melhorados os modelos de boas práticas na gestão da doença para ser reduzida a incidência da diabetes e das suas complicações.

Neste contexto, implementa-se a nível nacional, regional e local, as estratégias de intervenção, com os seguintes princípios orientadores: prevenção primária, através do combate aos factores de risco conhecidos, incidindo sobretudo nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da diabetes; prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado, de acordo com o princípio da equidade; prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social das pessoas com diabetes; promoção da qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com diabetes e identificação dos obstáculos à implementação do Programa, através de uma comissão de acompanhamento que identifique as barreiras existentes à sua gestão. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (Portugal, 2007) desenvolve-se de acordo com as seguintes estratégias de intervenção:

- *“Implementar programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, visando a prevenção primária da diabetes;*
- *Divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus factores de risco;*
- *Identificar grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, através de Inquérito, por questionário, a ser aplicado pelos profissionais de saúde;*
- *Rastrear pessoas com diabetes entre os grupos de risco acrescido de desenvolvimento da doença; e elaborar e divulgar manual de boas práticas na vigilância da diabetes, a ser distribuído aos profissionais dos cuidados de saúde primários, que inclua orientações técnicas;*
- *Elaborar e divulgar manual de boas práticas na vigilância da diabetes, a ser distribuído aos profissionais dos cuidados hospitalares;*
- *Elaborar e divulgar manual de boas práticas na vigilância da diabetes, a ser distribuído aos profissionais das unidades de cuidados continuados integrado;*
- *Promover a avaliação da qualidade clínica do seguimento da pessoa com diabetes nos cuidados de saúde primários, nomeadamente em matéria de registos individuais e prescrição terapêutica;*
- *Promover a avaliação da qualidade clínica do seguimento da pessoa com diabetes nos cuidados hospitalares;*
- *Promover a avaliação da qualidade clínica do seguimento da pessoa com diabetes nos cuidados continuados integrados;*
- *Promover, junto das instituições competentes, a realização aleatória de auditorias à qualidade organizacional da prestação de cuidados à pessoa com diabetes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares;*
- *Monitorizar a avaliação periódica e aleatória do registo e utilização do Guia da Pessoa com Diabetes;*
- *Monitorizar a contratualização, a implementação regional e nacional de rastreio sistemático e tratamento da retinopatia e nefropatia diabéticas, os cuidados ao pé diabético e à doença cardiovascular;*
- *Promover, junto das instituições competentes, a divulgação periódica, às pessoas com diabetes, das coordenadas de localização das consultas hospitalares de diabetes, assim como dos tempos de espera para consultas de diabetologia, pé diabético, alto risco obstétrico para a diabetes e oftalmologia, dos tempos de espera para realização de retinografia, cirurgia às cataratas, vitrectomia e by-pass coronário e do tempo de espera para início de diálise;*
- *Investigar da utilidade de incentivos, a atribuir em regime especial às pessoas com diabetes, que visem reduzir o risco de complicações precoces e tardias da doença;*
- *Garantir a gestão integrada da diabetes e criar uma comissão de coordenação nacional do Programa, com publicação anual de relatório de progresso.”*

Salientamos também a necessidade da pessoa diabética deixar a posição de recetores passivos de cuidados e adotem uma posição ativa conforme refere o artigo 6 do capítulo II do Decreto-lei

nº101/2006 (Portugal, 2006), participando na tomada de decisão como na execução de cuidados. Assim, a continuidade de cuidados surge como uma necessidade na manutenção do estado de saúde da pessoa com doença crónica e seus familiares, bem como, necessária para a redução de custos.

CAPÍTULO II
CUIDAR DA PESSOA DIABÉTICA E FAMÍLIA NO HOSPITAL

1. O CUIDAR NO HOSPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES

Falar de cuidar no hospital numa perspectiva humana é permitir à pessoa que viva com dignidade e que possa inter-relacionar-se com os outros, sem ameaça de perder a condição de ser pessoa, para isso, o cuidar meramente instrumental terá que ser “banido” das nossas práticas clínicas. Segundo Hennezel (1997), *“Cuidar é hoje e continuará a ser, o fulcro da prática de Enfermagem, e por mais sofisticado que o desenvolvimento tecnológico venha a ser, a interação pessoal será sem dúvida fundamental para a recuperação e manutenção da saúde e maximizar o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades.”* As pessoas com patologias crónicas como a diabetes necessitam de acompanhamento que ultrapassam as intervenções tradicionais, exigem que haja uma parceria entre a pessoa com diabetes, família, profissionais de saúde e comunidade de forma que haja prevenção das complicações inerentes às situações clínicas crónicas. Collière (1989) refere que, *“os cuidados dizem respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo”* (p.27). Cabe ainda ressaltar, que os cuidados como processo educativo deve oferecer atenção tal como salienta Hesbeen (2000), *“o cuidado tem a ver com a atenção. O cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento”* (p.9). O mesmo autor, refere a expressão “cuidar de” ou “fazer com cuidado” a tarefa que o enfermeiro exerce no seu contexto de trabalho.

Hesbeen (2000) designa o cuidar ou prestar cuidados como: *“atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la a contribuir para o seu bem-estar e promover a saúde”* (p.10). É de salientar que a atenção insere-se num enquadramento de padrão de valores de ajuda à pessoa, com responsabilidades éticas e suas competências, no cuidado essencial de apoio, conforto e segurança ao utente.

A qualidade dos cuidados para Hesbeen (2001), é iniciado pelo *“acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associados aos seus conhecimentos naturais, científicos e às competências técnicas”*. O enfermeiro deve assegurar os cuidados prestados, baseado nos seus conhecimentos e competências, para assegurar a qualidade de prestação de cuidados de enfermagem, através da EPS, autocapacitando a pessoa para tomar a sua própria decisão terapêutica, e controlo e aceitação da doença.

O profissional de Enfermagem deve reger-se pela subtileza do olhar e do cuidar atento, com a pessoa e família. Neste contexto, *“o profissionalismo está nesta subtileza, nesta capacidade de ir ao encontro do outro e de dar sentido a esse encontro e, depois, de fazer caminho com ele”* (Hesbeen, 2000, p.72).

O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas, família ou comunidades (OE, 2001). Neste sentido, o enfermeiro pauta-se pela experiência e formação, no âmbito do seu exercício profissional, em que lhe permite respeitar e compreender os outros, e abster-se de juízos de valor referente à pessoa, cliente dos cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

Neste sentido, o cuidar é visto como o ideal moral da enfermagem, consistindo de esforços no

sentido de proteger, promover e preservar, ajudando o outro a encontrar sentido na doença, sofrimento e dor, bem como na própria existência (WALDOW, 1995).

De fato, a tomada de decisão do enfermeiro implica, segundo (OE, 2003) " *uma abordagem sistêmica e sistemática*", em que o enfermeiro identifica, as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa, e sua problemática, intervindo de forma a evitar riscos, detetando os problemas precocemente para sua resolução, e ou minimizar os problemas reais identificados. Assim, os cuidados de Enfermagem são prestados aos três níveis de prevenção, procurando a satisfação de necessidades humanas fundamentais, a promoção da autonomia e da independência nas atividades de vida diária e na adaptação funcional face a limitações, através de processos de aprendizagem. O reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional de saúde para a educação da pessoa diabética é fundamental para o desenvolvimento da " *capacidade para desempenhar tarefas de enfermagem segura e competente*" deste modo, "as atitudes e emoções que a acompanham estabelecem a diferença entre o desempenho das tarefas da enfermagem e a prestação de cuidados de enfermagem integrais" (MCKENNA, 1994, p.35). Na verdade, a prestação de cuidados globais e humanos são fundamentais para a recuperação e bem-estar dos doentes. Considerar uma perspectiva holística de intervenção ao longo do ciclo vital exige competências técnicas e relacionais de forma e tal como refere George (1993) " *a assistência de Enfermagem, ou intervenções, é delineada pelo modelo como aquela que promove as respostas adaptativas em situações de saúde e de doença*" (p.211).

O cuidar em enfermagem deve passar assim, por "ajudar a outra pessoa a cuidar de si própria favorecendo sua potencialidade existencial de vir a ser" em que este é o "cuidado autêntico" (WALDOW, 1995, p.21).

A pessoa quando confrontado com a doença (DM) desencadeia vários tipos de reação que são geralmente de angústia, raiva ou desgosto. Cabe ao enfermeiro estabelecer e desenvolver um processo de ajuda no sentido de aceitação e adaptação a um novo estilo de vida.

Para Collière (1989), "Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia. Mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a todas as pessoas que, temporariamente ou definitivamente têm necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais" (p.235).

O cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral, e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (WATSON, 2002).

Hesbeen (2000) define Cuidados de Enfermagem como sendo "a *atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências*". Neste contexto, é fundamental a afirmação da competência do enfermeiro, e para tal, é crucial ter a consciência de que o conhecimento só é válido, se for passível de ser aplicado, ou seja, é premissa básica o domínio da teoria, mas a mobilização dessa teoria, bem como a sua aplicação prática é que irá revelar a real competência.

É nesta filosofia de cuidados, que a função específica do enfermeiro é cuidar da pessoa, ajudando-a a concretizar as suas necessidades humanas básicas quando por uma ou outra razão

ela é incapaz de o fazer por si próprio.

Assim o cuidar inclui: procedimentos físicos e técnicos; procedimentos não-verbais; ações que visam a autonomia e independência do doente; ações no sentido de melhorar a qualidade de vida do doente não só sobre ele mas também sobre o contexto que o rodeia; e a capacidade de ser o elo de ligação do doente com o exterior não esquecendo aqui a família. Mas, o conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçado pela evolução tecnológica que tem apelado à valorização da vertente tecnicista (Watson, 2002; Ribeiro, 1995).

Resumindo, o cuidar requer olhar a pessoa como um ser único, diferenciado, e não como mais um caso. Requer ainda uma atitude de empatia, que tal como refere Tavares citado por Araújo (2002) *“a atividade interpessoal traduz justamente uma relação recíproca, simétrica e dialética entre pessoas, entre sujeitos capazes de sair de si mesmos e colocar-se no lugar do outro, compreendê-lo em toda a sua profundidade e riqueza sem deixar de ser ele próprio nem desenvolver qualquer atitude que pretende subalternizá-lo e muito menos manipulá-lo ou reduzi-lo”* (p.57). Neste sentido, é essencial a valorização da componente relacional.

2. O ENFERMEIRO PERANTE A PESSOA DIABÉTICA E FAMÍLIA NO HOSPITAL

A pessoa com DM quando internada num hospital exige que a equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tenham atitudes e comportamentos que os oriente para o empower. Anderson e Funnell (2002) referem que 98% dos cuidados que a diabetes necessita, são da responsabilidade do próprio diabético. Também, Sagreira (2002) diz que no diabético tipo 2 idoso, o objetivo do tratamento é aliviar sintomas, melhorando a sua qualidade de vida, e cooperando para um bem estar físico e psíquico, aceitando-se um equilíbrio metabólico suficiente para a prevenção de complicações.

Heisler (2005) sintetiza o que se pretende em termos de autocuidado e autogestão numa doença crónica, é nomeadamente cumprir o plano terapêutico a nível da toma de medicamentos, alimentação, exercício e atividade regular, assim como, integrar a vivência desta doença na rotina diária, encontrando estratégias para lidar com o medo, a angústia, a frustração e a depressão ocasionadas pela incerteza acerca da evolução da doença no futuro.

Efetivamente, aquilo que ainda se constata é que na maioria dos serviços, a equipa de saúde é ainda depositária do saber, ou seja, baseada no princípio da beneficência, de se fazer o bem e evitar o sofrimento adicional, a equipa age unilateralmente, considerando que sabe o que é melhor para o doente, não valorizando aquilo que ele sente como melhor para si próprio. Assim, frequentemente os profissionais de saúde encorajam pouco as perguntas dos utentes, tendem a falar mais do que a ouvir, não se interessam por conhecer a perspetiva do utente, suas preocupações e expectativas. Com efeito, induzem atitudes passivas por parte dos utentes, quando a participação ativa tem efeito positivo na receção da comunicação, conferindo maior perceção de controlo, e portanto, menos ansiedade. Recomenda-se que a intervenção do profissional de saúde deixe de ser apenas centrada no conceito do perito e do aluno, para passar a ser baseada numa parceria entre os dois actores intervenientes no processo de educação terapêutica.

Andrade (2004) refere que encontramos, os *“Melhores resultados clínicos, introdução de melhores práticas, custo eficácia, consistência no tratamento, melhor utilização de recursos, utilização dos serviços envolventes, grande cooperação entre os serviços envolvidos, diminuição do stress dos profissionais envolvidos”*, no entanto, as desvantagens são, *“Maiores custos, consome mais tempo para arrancar o sistema, é mais difícil ganhar a confiança dos profissionais, pouco flexível, pode ser uma moda, pode introduzir rigidez no sistema e por isso bloqueá-lo”* (p.213).

A pessoa é o elemento principal, sendo parte ativa do processo, pelo que deve ser envolvido ao máximo. Afinal, ninguém melhor do que ele conhece aquele corpo que é seu.

Neste sentido, é essencial o empowerment da pessoa diabética, para que estes possam adquirir um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos como pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitam a tomada de decisão e uma participação efetiva no seu projeto de saúde. Sendo assim, este processo pode assim ser utilizado intencionalmente pelo enfermeiro como uma ferramenta promotora da relação terapêutica.

2.1. A Educação Para a Saúde Realizada pelos Enfermeiros no Hospital numa Perspetiva de Continuidade de Cuidados

Ao longo dos tempos, o conceito de saúde sofreu inúmeras alterações na sua conceptualização.

A complexidade da definição de saúde levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 a criar uma definição aceite: “ *Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença* “ (OMS, 1985). Entretanto, a definição de bem-estar, levantou várias questões e dúvidas do seu enquadramento.

Para Pestana (1996) “ *a saúde pode ser considerada como um ritmo contínuo de integrações num estado de equilíbrio instável e o bem-estar não é mais do que um estado passageiro que incessantemente tentam reconquistar*”.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde OMS (1985) afirma que “*Ainda há muito que avançar para conseguir compreender as relações entre a saúde e as componentes de estilos de vida específicos. Numerosos estilos de vida favorecem a saúde, desenvolvem o bem-estar físico e mental e protegem o indivíduo do stress. Outros englobam comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde.*”

É neste contexto, que a promoção em saúde, visa em melhorar o bem-estar de um indivíduo, família ou grupo. A enfermagem visa a prestação de cuidados à pessoa, são ou doente, de modo a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, de forma a atingirem as suas capacidades funcionais máximas, no mínimo período de tempo possível. Neste sentido, deve-se ter em conta os fatores de risco, visto ser uma condição que aumenta a probabilidade de uma pessoa ou grupo contrair uma determinada doença, em que desses fatores de risco incluem-se os fatores hereditários, comportamentos de risco, ou de ambiente (Stanhope e Lancaster, 2010).

Deve-se adotar comportamentos para proporcionar uma dieta equilibrada, exercício físico regular, manutenção do peso ideal, e desenvolver atitudes que diminuam o stress ou pressão psicológica (Stanhope e Lancaster, 2010). Neste sentido, Boavista (1997) refere que “*a motivação, no sentido psicológico, é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento, visando a satisfação de uma ou mais determinadas necessidades*” (p.20).

A promoção da saúde e prevenção da doença deve ser uma preocupação constante do enfermeiro na sua prática diária, sendo a EPS frequentemente descurada e exercida apenas de modo informal. Stanhope e Lancaster (2010), referem que cada vez mais os enfermeiros têm que estar preparados, para enfrentar as necessidades de promoção em saúde com EPS, demonstradas por “*todo e qualquer*” utente. Dão ainda relevo há necessidade de os enfermeiros serem agentes de mudança dentro de uma instituição e que promovem novas atitudes, comportamentos e capacidades resultando em ganhos em saúde.

Contudo, a promoção em saúde não se aplica só as pessoas saudáveis, mas sim também às pessoas com incapacidades e doenças em prol dos benefícios com atividades de promoção de saúde, conferindo a estas pessoas maior esperança de vida, aceitação da sua doença e integração na sociedade.

Assim, a EPS tem como objetivos, a modificação de comportamentos, hábitos relacionados com

problemas de saúde, uma maior responsabilidade individual e coletiva nas opções relacionadas à saúde e bem-estar.

Como se pode definir educação para a saúde?

A EPS é uma prática essencial a todos os enfermeiros pelo fato, tal como refere Couto e Camarneiro (2002) ser *“uma componente essencial dos cuidados de Enfermagem que visa a promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como adaptação aos efeitos da doença”*.

Para Tones e Tilford (1994) *“Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”*.

Segundo Speer (1989) a *“EPS é um modo de ensinar os utentes e as suas famílias a negociar os problemas de saúde passados e futuros”*. Neste sentido, *“este conhecimento torna-se capaz de tomar decisões, de lidar de modo mais eficaz com as alterações temporárias ou prolongadas da sua saúde e estilo de vida, assumindo uma maior responsabilidade individual na área da saúde”* (Pestana, 1996). Por outras palavras *“a educação para a saúde é toda aquela troca de experiências de aprendizagem planificada, destinada a facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis”* (Rochon, 1996).

Neste contexto, para Pestana (1996), defende que *“è necessário que os técnicos de saúde estejam conscientes da diversidade cultural dos utentes e da consequente adaptação na prestação de cuidados, a educação para a saúde também visa uma maior responsabilidade individual e coletiva e, como experiência de aprendizagem, carece de uma pedagogia ativa, em que o educador não é mais do guia respeitador da personalidade e cultura do sujeito educado”*.

Segundo estes autores, o objetivo da EPS, é auxiliar o indivíduo num nível ótimo de saúde, com vista a atingir ganhos de saúde. Neste processo desenvolvem-se capacidades cognitivas, afetivas, psicomotoras e sensoriais, e competências sociais dos indivíduos.

A prática de EPS baseia-se num conjunto de teorias, e em resultados de investigação e em competências que devem ser aprendidas e praticadas. A EPS é realizada diretamente durante os cuidados, pelos enfermeiros e também em programas independentes como os de autocuidado na diabetes.

O processo de EPS *“é praticada segundo um processo de avaliação e intervenção. A fase de avaliação de necessidades determina a natureza de uma necessidade e motivação para aprender, e as metas são mutuamente estabelecidas com o utente”* (Redman, 2002). A intervenção é construída para estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem dos utentes. A avaliação ocorre ao longo do processo, para verificar se as metas são alcançadas. Em resumo, o processo de EPS passa: por avaliar a necessidade de aprendizagem; avaliação da motivação; declaração do diagnóstico e estabelecimento dos objetivos com o utente; ensino-aprendizagem e avaliação e reensino se necessário (Redman, 2002).

A EPS é uma área em evolução, como parte essencial no alcance dos resultados adequados de cuidados de enfermagem. É integrada nos cuidados aos indivíduos e família em todos os

contextos e setores, utilizando um modelo processual de diagnóstico-intervenção-avaliação para proceder à EPS (Redman, 2002). Neste contexto, a EPS é importante na determinação da saúde de uma pessoa, tornando-a responsável por reconhecerem o impacto do seu estilo de vida.

Todos os enfermeiros estão envolvidos neste processo da EPS, em que o grupo de pessoas que necessitam de mais educação são os que apresentam doenças crónicas, como a diabetes, em que a função de Enfermagem passa pela ajuda do indivíduo na adaptação da sua doença, desde a terapêutica à resolução das suas dificuldades, inerentes a situações menos comuns (Couto e Camareiro, 2002). Segundo o mesmo autor, cabe à equipa de Enfermagem, adaptar a EPS segundo um modelo centrado no utente para controlar a sua diabetes, aumentando as suas capacidades e conhecimentos, de forma que o utente seja capaz de por em prática as decisões do seu tratamento.

Segundo Couto (1992) a EPS da pessoa diabética deve iniciar após a confirmação da patologia, de forma a reduzir o número de internamentos; prevenir situações agudas; evitar complicações tardias e que a pessoa diabética aceite a sua doença e aprenda a viver com ela, de forma que se torne o mais independente possível. Por esta razão, o enfermeiro tem um papel fundamental, na ação permanente e decisiva na EPS na pessoa diabética. A EPS é feita à pessoa diabética ou em grupo, família e sociedade, que por sua vez, esta é iniciada no período de internamento e consulta externa, com seguimento na unidade de cuidados de saúde personalizados ou unidade de saúde familiar.

Segundo Cassmeyer (1995) identificou dez passos que fazem parte do ensino ao diabético, segundo a associação americana de educadores diabéticos:

- 1- *“Definição de doença;*
- 2- *Especificidades na alimentação;*
- 3- *Conhecimentos sobre exercícios;*
- 4- *Terapêutica;*
- 5- *Autocontrolo da situação metabólica;*
- 6- *Cuidados com a hipoglicemia em pessoas diabéticas;*
- 7- *Como tratar doenças intercorrentes;*
- 8- *Adaptação psicológica;*
- 9- *Higiene e cuidados com os pés;*
- 10- *Seguimento em consulta”.*

Neste sentido, o mesmo autor refere aspetos importantes em que o diabético deve ter em atenção e que a Enfermeira deve ter um papel fundamental:

- *“O tratamento só pode ser feito através do equilíbrio entre os antidiabéticos orais ou insulinoaterapia, regime alimentar e exercício físico;*
- *A pessoa diabética deve saber a ação e duração da insulina, e onde administrar; a importância da rotação dos locais da administração, os cuidados de higiene material a utilizar e onde guardar a insulina;*
- *O regime alimentar depende do tipo de diabetes, do índice de massa corporal do doente e deve ser adaptado a cada situação;*

- *Refeições fracionadas 6 a 7 por dia. Beber muita água, ingerir alimentos ricos em fibras, pouco sal e poucas gorduras;*
- *Fazer e interpretar os resultados do autocontrolo glicémico é indispensável, pois os valores de glicemia dão logo o nível de compensação. Através do seu registo e avaliação evitam-se situações agudas e é ainda importante para o médico analisar o controlo metabólico durante a consulta;*
- *Ensinar o controlo glicémico através de glicómetros, lancetas, fitas reagentes, local da picada e método de leitura;*
- *Ensinar os sinais e sintomas das complicações agudas, hipoglicemia e cetoacidose moderada diabética, como evitá-las ou tratá-las;*
- *Em relação à atividade física, o ideal será andar a pé (3 a 5 Km/dia). A prática de desportos implica situação física adequada. Para evitar as hipoglicemias do exercício físico, tem que reduzir a insulina e aumentar os hidratos de carbono, de acordo com o valor da glicemia capilar e a intensidade do exercício;*
- *Insistir na prevenção, andar bem compensado, evitar as infeções, ter vacinas em dia, programar a gravidez e cumprir com o calendário das consultas;*
- *O doente diabético deve ter uma vida regrada, ter bons hábitos alimentares, evitar sedentarismo, a obesidade, o stress, o tabaco, e o álcool, pois tudo isto piora a situação e contribui para o aparecimento das complicações tardias;*
- *Adquirir hábitos de higiene em especial com os pés”.*

Todos estes passos constituem a educação da pessoa diabética, proporcionando uma vida mais independente possível, obtendo ganhos em saúde. A EPS apresenta-se assim como algo complexo mas imprescindível nas nossas práticas diárias, como profissionais de saúde.

Torna-se então indispensável que os profissionais de saúde conheçam os grupos, a que se dirigem, se integrem no seu saber cultural, e adequem as estratégias de abordagem, conscientes das suas limitações que advêm do fato de intervirem no campo dos comportamentos dos valores, das crenças e dos tabus. Como nos diz Serrão (2000): “*Toda a educação para a saúde, toda a prevenção da doença e promoção da saúde, todas as imensas atividades da moderna saúde pública, na óptica das cidades saudáveis, tarefas nobres e difíceis que se dirigem a todos os cidadãos, devem ser atividades prioritárias do Ministério da Saúde em articulação com outras áreas do Governo como a Educação e a Segurança Social, entre outras*” (p.98). Neste sentido a OMS (2002), refere que é fundamental ter em conta os seus princípios orientadores:

- A tomada de decisão com base em evidências científicas;
- Ênfase na pessoa;
- Ênfase na prevenção;
- Ênfase na qualidade dos cuidados prestados;
- Salienta a integração de todos os elementos numa equipa abrangente;
- Relevância na flexibilidade e adaptabilidade.

Assim, a mudança terá que ser feita no sentido de colocar as pessoas no centro dos cuidados, procurando um modelo integrado no cuidar.

2.1.1. Modelos Pedagógicos e Teorias da Aprendizagem

A pessoa diabética deve ser capaz de compreender a necessidade do seu autocuidado, obrigando a um empenho conjunto, por parte dos próprios utentes e dos profissionais envolvidos. Existem modelos pedagógicos e teorias a partir dos quais, os enfermeiros como educadores da pessoa diabética e família, se podem basear no controlo metabólico, facilitando a adesão ao tratamento (Riopelle, 1993). Segundo este autor, esses modelos são: o Modelo Tradicional ou Clássico; o Modelo Sistemático; o Modelo Puerocêntrico, e o Modelo Sociocêntrico.

- O Modelo Tradicional ou Clássico, foi implementado por Platão, Aristóteles e São Tomás de Aquino. Prevê a transmissão de conhecimentos, valores e normas. Segundo este modelo, o aprendiz, é um recipiente passivo no qual se introduzem as informações e as ideias. Este modelo foi ultrapassado com o modelo biopsicossocial que tornou-se o sujeito uma parte ativa dos processos, levando a uma incompreensão e dificuldade de memorização do conteúdo por parte do utente, que dificulta à priori a adesão (Couto e Camareiro, 2002).
- O Modelo Sistemático teve origem com Taylor e Skinner, que marcou o início da organização do processo ensino-aprendizagem, e das mudanças de comportamento, em que o sujeito passa a saber estar e a saber fazer. Neste contexto, o educador tem como principal papel em organizar as sequências de aprendizagem, com vista em obtenção dos objetivos. Este modelo mostra-se insatisfatório se o educando apresentar incapacidade de adquirir novos comportamentos no tempo previsto ou abandonar esses novos comportamentos referidos por Couto e Camareiro (2002).
- O Modelo Puerocêntrico, teve origem em C. Rogers, nos anos 40, centrando-se no ser humano como responsável e livre, com iniciativa e autonomia. Este modelo tem como finalidade o desenvolvimento do educando, tornando-o numa parte ativa da aprendizagem, com estruturas e diretrizes específicas. Esta intervenção apresenta um clima de confiança ao educando, permitindo a expressão de ideias e sentimentos, com recursos pedagógicos, levando a uma aprendizagem significativa, segundo Couto e Camareiro (2002).
- O Modelo Sociocêntrico, iniciado por Dewey, Cousinet, Lewin, Moreno, tem como princípio o grupo. Porém, cada indivíduo, faz parte integrante desse grupo, em que são criadas interações e trocas de experiências de modo a alcançar os objetivos fixados pelo próprio grupo, incluindo o educador, segundo Couto e Camareiro (2002). De seguida, apresenta-se o quadro 4 que resume as características e valores destes quatro modelos pedagógicos. Neste quadro o enfermeiro (educador) pode optar por um destes modelos, consoante o objetivo que pretende atingir, e conforme as características do utente que tem para cuidar (quadro nº 4).

QUADRO 4 – Características e valores dos modelos pedagógicos

| Modelos pedagógicos | Características | Valores |
|--------------------------------|--|---|
| Modelo Tradicional ou Clássico | <ul style="list-style-type: none"> - Transmissão de conhecimentos, normas e valores; - Insiste no conteúdo, na memória e na inteligência; - Individualismo e competitividade. | Disciplina, memória, obediência, castigo, razão, recompensa, verdade e vontade. |
| Modelo Sistemático | <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizagem pré-determinadas; - Ritmo de progressão baseado em objetivos pré-determinadas; - Conteúdo e atividades de aprendizagem estruturados; - Objetivos, conteúdos e estratégias de aprendizagem planificados; - Mecanismos de avaliação determinados. | Eficácia, produtividade e racionalidade. |
| Modelo Puerocêntrico | <ul style="list-style-type: none"> - Respeita as capacidades de cada educando; - Valoriza a autoformação e autoavaliação, por oposição à competitividade; - Respeita o ritmo pessoal. | Autonomia, criatividade, liberdade, participação e responsabilidade. |
| Modelo Sociocêntrico | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação e cooperação de cada membro do grupo; - Eleição a partir dos objetivos e do conteúdo. | Criatividade, democracia e participação. |

Fonte: Riopelle et al (1993)

Existem diversos modelos que visam explicar o processo e condição de aprendizagem nos indivíduos, com resultados na qualidade da interação humana.

Existem duas teorias para compreender o processo de ensino-aprendizagem, segundo Riopelle (1993). O mesmo autor refere que a teoria de Gagné vincula-se no Modelo Sistemático e a teoria Humanista e existencial, é vinculado no Modelo Puerocêntrico de C. Rogers. Ela define-se como *“um processo que tem lugar quando o que se aprende se encontra em interação com o seu meio”* (Riopelle, 1993, p.11). Entretanto Gagné organizou o seu processo aprendizagem em três grandes fases: a Motivação, Aquisição e Execução. Para ele, a pessoa deve estar motivada para aprender, atingindo a finalidade a que se propõe, em que a motivação se relaciona com as necessidades de aprovação e aceitação. Nesta fase, a motivação implica vários processos que são a expectativa, atenção e percepção seletiva. Em que na primeira, o educando imagina a recompensa que irá receber quando aprender (estando envolvidas cognições e afetos).

No segundo caso, a atenção centra-se no objeto de aprendizagem que é acompanhado pela percepção seletiva, em que o educando seleciona os estímulos das suas necessidades de aprovação e de aceitação.

Na fase de aquisição, dá-se a aprendizagem, inserindo os processos de codificação e o

armazenamento na memória. Segundo o autor *“a codificação é uma transformação de entidade percebida noutra mais facilmente armazenável, numa linguagem clara e precisa, segundo o sistema de codificação do próprio indivíduo”* (Riopelle, 1993). Neste processo, o educando armazena os conhecimentos adquiridos na sua memória a curto e a longo prazo.

Na fase de execução, verifica-se como a aprendizagem se processou, na observação de uma mudança de comportamento. Nesta fase segundo o autor, existem vários processos de aprendizagem, que são a descoberta, a fixação, a transferência, a resposta e o reforço.

Neste caso a pessoa diabética, recorda-se dos *“conhecimentos adquiridos, utilizando-os em circunstâncias diferentes e mais complexas (transferência), mudando o comportamento (resposta nova), esperando um reforço, intimamente ligado à motivação”* (Riopelle, 1993).

A teoria Humanista e existencial, segundo o mesmo autor consiste na aproximação Humanista e Experimental (designada por experiência de aprendizagem), que são *“a confiança, a criatividade, a liberdade, a autonomia e as aspirações individuais, tendo em conta todas as necessidades reais e experimentadas pelo educando”* (Riopelle, 1993).

A equipa de Enfermagem deve ter em conta todo o processo de capacidade e autonomia da pessoa, se este processo não foi possível, então deverá encontrar estratégias bem definidas para contar com o apoio da família.

Este autor refere ainda que, a experiência de aprendizagem implicará uma mudança de comportamento a uma experiência vivida na pessoa, dentro dos seus aspetos cognitivos e afetivos.

A perceção ou descoberta, a exploração e análise e o domínio são as fases constituintes desta teoria humanista e existencial.

Neste contexto, conclui-se que o autor preocupa-se essencialmente em criar um clima de aprendizagem, baseado nas relações empáticas, que conduza ao desenvolvimento integral da pessoa humana e a aprendizagem é essencialmente um processo de descoberta do significado pessoal do conhecimento.

Neste sentido, apresenta-se o quadro 5, com as características bem evidentes destas duas teorias.

QUADRO 5- Princípios do ensino aprendizagem e da experiência de aprendizagem

| Princípios do ensino-aprendizagem (segundo Gagné - corrente sistemática) | Princípios experiência de aprendizagem (segundo Rogers - corrente puerocêntrica) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Toda a aprendizagem necessita de motivação e de atenção; - A repetição favorece a aprendizagem; - O reforço depois de um sucesso influencia a aprendizagem; - O educando pode aprender por si próprio ou através de ensino recebido; - Existe uma interação entre o educando e o seu meio; - O ensino-aprendizagem insiste na interação educando-educador. | <ul style="list-style-type: none"> - A aprendizagem é uma experiência que ocorre no interior do educando; - A aprendizagem produz-se a partir dos recursos do educando; - A pessoa só aprende a partir dos seus interesses; - A auto-estimulação e auto-avaliação favorecem o êxito; - O educando é responsável pela sua aprendizagem; - O educando deve viver experiências de aprendizagem significativas; - As atitudes permissivas facilitam a aprendizagem; - Valorização da criatividade pessoal; - A aprendizagem é individualizada e o educando é visto como um ser humano em interação com o seu meio. |

Fonte: Riopelle et al (1993).

Segundo o mesmo autor, pode-se ter em conta dez condições, que fortalecem e favorecem a experiência de aprendizagem, que são: *“estabelecer um clima de confiança; respeitar o ritmo de aprendizagem; oferecer diferentes situações de aprendizagem; animar o educando a ser ativo e criativo; permitir a prova e o erro; permitir confronto de ideias; apresentar objetivos acessíveis e claros; respeitar as fases de aprendizagem; assegurar a disponibilidade do educador; e por ao alcance do educando um leque de recursos de aprendizagem”* (Riopelle et al, 1993).

2.2. A Relação de Ajuda Realizada pelos Enfermeiros

A relação interpessoal deve envolver os intervenientes de forma total e ao mesmo nível, ou seja numa relação de autenticidade, de confiança e disponibilidade plena, recíproca e empática, caso contrário não se tratará de uma relação autêntica e pessoal. Segundo Tavares citado por Araújo (2002) *“a atividade interpessoal traduz justamente uma relação recíproca, simétrica e dialética entre pessoas, entre sujeitos capazes de sair de si mesmos e colocar-se no lugar do outro, compreendê-lo em toda a sua profundidade e riqueza sem deixar de ser ele próprio nem desenvolver qualquer atitude que pretende subalternizá-lo e muito menos manipulá-lo ou reduzi-lo”* (p.57).

A relação interpessoal em enfermagem não pressupõe o domínio do enfermeiro sobre a pessoa mas reflete todo um percurso que se desenvolve em várias etapas, em que se constrói uma relação de auto crescimento numa perspetiva recíproca simétrica e dialética. É neste contexto que emerge o sentido profundo de relação de ajuda em enfermagem, integrando-se nos cuidados de que é elemento essencial permitindo assim ao enfermeiro o desempenho das suas funções.

Adam (1994) defende que *“os cuidados de enfermagem deviam ser sempre prestados no quadro de uma relação de ajuda”* (p.93). Este quadro pode mesmo ser considerado condicionante para a própria eficácia dos cuidados prestados.

A relação de ajuda visa dar à pessoa a possibilidade de identificar, de sentir, de saber de escolher e de decidir se quer mudar. Os objetivos da relação de ajuda são ajudar a pessoa de quem se cuida e enfrentar os seus problemas presentes e encarar como interveniente ativo a sua situação; ver o seu problema mais claramente, a chegar a uma compreensão mais profunda mas também mais realista da sua dificuldade e a descrevê-la segundo as suas próprias percepções; a comunicar os seus sentimentos, as suas opiniões e as suas necessidades fundamentais fisiológicas, mas sobretudo as necessidades de segurança de pertença e de consideração; a estabelecer contactos sociais e relações significativas; e encontrar um sentido para a sua dificuldade física ou psicológica.

O enfermeiro como interveniente na relação de ajuda deve ter sempre presente valores e atitudes que se manifestam na relação enfermeiro/família tais como: interesse pelas pessoas; ser determinado e competente; encarar cada pessoa como ser único; favorecer a afirmação das pessoas/família; acreditar na família; responder a confidencialidade da relação de ajuda; assumir uma postura atenta; evitar juízos de valor; mostrar interesse e empenho pela família; manifestar a sua compreensão; ajudar o doente a desenvolver os seus próprios recursos; mostrar-se caloroso; mostrar-se autêntico.

A relação de ajuda é pessoal, centrada na pessoa e dirigida para a realização de determinados objetivos mútuos. Está direcionada para os sentimentos, pensamentos e valores da pessoa e os enfermeiros deverão sempre transmitir mensagens de ajuda, na base do respeito, compreensão, escuta ativa e empatia (Adam, 1994). *“As atividades de enfermagem dão ajuda ou assistência, com a intenção de promover e aumentar as capacidades de autocuidado do indivíduo ou da comunidade”* (McFarlane, 1988 p.19).

Não esqueçamos, que *“A relação é a ciência do cuidar”* (Gonçalves, 2002, p.39).

Na verdade, a profissão de enfermagem e a própria sociedade deviam promover a forma mais activa e recompensadora do cuidar, sem desvalorizar a perícia técnica e o conhecimento racional e científico, característico da prática profissional.

“Cuidar de e para doentes, deve ser valorizado e tornado uma parte mais visível daquilo que as enfermeiras têm para oferecer” (McKenna, 1994, p.36).

A comunicação é uma habilidade básica da relação de ajuda. É o meio através do qual a pessoa estabelece relação com os outros e é através dela que o enfermeiro deve levar o outro a comunicar de forma verbal ou não verbal. Na comunicação não-verbal consideramos o toque, as distâncias, o olhar, o gosto, o olfato.

A escuta ativa é o pilar fundamental na relação de ajuda. Cibanol Juan citado por Araújo (2002) define a capacidade de escuta como *“uma atitude particular que exige aceitar o outro tal como é, com as suas qualidades e seus defeitos, respeitando a sua personalidade”* (p.59).

A escuta exige do enfermeiro, além dum conhecimento profundo do comportamento humano e das suas motivações, reações e manifestações para incentivar a pessoa diabética a expor o seu

problema e conseguir perceber o que não expressa por palavras, procurando que a pessoa encontre o papel catalisador e ativador.

Segundo Miranda e Miranda, citado por Araújo, (2002) *“ficar calado, não interromper, evitar distração interna e externa e não fazer juízos de valor, são alguns comportamentos considerados como facilitadores da escuta”* (p.60). A linguagem deve ser adequada à situação e às pessoas. A voz pode transmitir frieza ou cordialidade. Um sorriso convida à calma e à confiança do doente diminuindo-lhe a ansiedade, a angústia ou a agressividade e demonstra atenção.

Ajudar as pessoas com uma patologia crónica nem sempre é uma tarefa fácil onde todos nós conhecemos a juventude, a infância, a dor e a doença. O respeito pela pessoa diabética em toda a sua unicidade e globalidade é a filosofia de intervenção.

Se os enfermeiros querem ajudar a pessoa diabética a conservar ou a reencontrar a sua autonomia, devem conhecer bem, compreender e integrar todos os fenómenos e mecanismos ligados à patologia.

Os cuidados à pessoa diabética contrariamente daquilo que se poderia querer, não se improvisam, mas apoiam-se em noções teóricas e praticas específicas e administram-se num contexto de respeito entre a pessoa diabética, a família e todos os intervenientes, promovendo a relação do enfermeiro com a pessoa e família.

Neste sentido, é essencial o empowerment da pessoa diabética e família para que estes possam adquirir um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado um ganho de conhecimentos como pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitam a tomada de decisão e uma participação efetiva no seu projeto de saúde.

3. QUESTÕES ÉTICAS PRESENTES NO CUIDAR DA PESSOA DIABÉTICA

Os enfermeiros regem-se pelos códigos de ética e deontologia. Segundo Queirós (2001), *“na sua essência a enfermagem é uma profissão que envolve situações que encerram aspectos éticos morais de natureza complexa”*. Estas situações são derivadas das mudanças de ciências médicas, sociodemográficas e económicas.

O compromisso ético dos profissionais de enfermagem, no cuidado humano, deve estar sempre presente, como prática de ações confinadas a uma postura crítica e reflexiva, na dignidade humana de direitos, sempre fiel aos princípios éticos: justiça, autonomia, beneficência e não maleficência, integrando princípios e competências técnicas, respeitando a dignidade humana.

Neste sentido, o comportamento dos enfermeiros, estão associados aos seus valores, crenças e conhecimentos, que pode apresentar uma conduta de ética do cuidado com qualidade e competência, desde a prevenção de riscos do utente, sendo necessária uma comunicação centrada num diálogo multidisciplinar, respeitando todos os princípios e competências técnicas, e a dignidade humana.

Por outro lado, Queirós (2001) refere que o enfermeiro desenvolve atitudes de respeito, honestidade, lealdade, coragem, verdade, consciência e compaixão. Assim como, Figueiredo (1995) refere que *“o enfermeiro deve ter consciência dos seus imperativos morais, de advogar os direitos do doente”* (p.20). Os enfermeiros, desde sempre, assumiram a *“responsabilidade de atender e cuidar dos indivíduos quando as suas condições e recursos os impossibilitavam de tomar conta de si mesmos* (Manteigas, 1997).

Nesta linha de pensamento, Watson (2002) refere que *“o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”* (p. 52).

A ética de Enfermagem estuda as razões dos comportamentos da prática profissional, os princípios que regulam essas condutas, e as suas motivações e os valores do exercício profissional.

A ética é fundamental na prática dos cuidados, fundamentada no agir e respeito dos deveres profissionais, que visa essencialmente a qualidade de cuidados prestados, promovendo o bem ao utente, família e comunidade. Neste sentido, Hesbeen (2000) define cuidados de enfermagem como *“a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permitem sempre fazer alguma coisa por alguém a fim de contribuir para o seu bem estar, qualquer que seja o seu estado”* (p.69).

Na perspetiva de Hesbeen (2000) o cuidar deve ser entendido como uma orientação de natureza filosófica, em que os enfermeiros devem cumprir as suas obrigações profissionais e as suas reflexões nesta perspetiva, em que o cuidado deve ser considerado como um valor.

Neste contexto, Watson (2002) mantém a mesma linha de pensamento, no que se refere “à identificação e reconhecimento do valor do cuidar”. Mantendo estes valores, está-se a fomentar a proteção da dignidade humana (p.59).

Segundo Queirós (2001) “ *o cuidar implica uma responsabilidade ética especial, estamos a realçar o intrínseco valor da pessoa e a reforçar a necessidade de uma consciencialização acrescida da integração do pensamento ético na prática profissional quotidiana e na análise das questões inerentes aos chamados dilemas éticos especiais.*”

A pessoa tem o direito de viver com qualidade, respeitando a sua integridade, valores e humanidade. Segundo esta linha de pensamento, a pessoa tem direitos e deveres perante a sociedade, pelo que deve auto consciencializar-se do seu processo de cuidar.

Neste sentido, “*o enfermeiro quando vê a saúde como processo de vida, em que centra a sua atividade nas necessidades da pessoa, ao reconhecer e defender a consciência moral de cada ser humano, e portanto a sua autonomia, cada ato seu, torna-se um ato único ato de cuidar*” (Manteigas, 1997).

Neste seguimento, o cuidar tem um suporte ético, segundo Mayeroff citado por Grande (2001), faz ressaltar as seguintes características: “*sabedoria, ritmos alternantes de atividade, paciência, honestidade, abertura e competição consigo própria e os outros, confiança, humanidade, esperança, e coragem*”.

A ética em enfermagem surge na perspetiva das questões éticas de enfermagem, e suas ações contem uma capacidade de relação empática, que se rege segundo princípios, atitudes e valores éticos e deontológicos à dignidade do indivíduo e seus direitos, segundo o Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros.

O enfermeiro desenvolve e promove o seu desenvolvimento profissional capaz de prestar cuidados personalizados, conciliando a atividade profissional, com os direitos do utente. Salientamos assim, que a ética de enfermagem potencia os direitos dos utentes, na vertente do cuidar, considerando a pessoa como figura central de todo o sistema de saúde.

É neste sentido que o enfermeiro promove os cuidados de enfermagem, estabelecendo uma relação terapêutica, de empatia e de cuidado, mantendo a integridade e dignidade humana.

Segundo Manteigas (1997), orienta-nos para uma conduta ético profissional dos enfermeiros para com os utentes dentro de cinco grandes conceitos dos direitos dos doentes, que são: a Autonomia, Liberdade, Confidencialidade, Beneficência e Fidelidade. Salienta que o enfermeiro deve procurar em respeitar a pessoa, promover o seu bem-estar, levando à sua autonomia; ter a liberdade, no que diz respeito às convicções culturais, filosóficas e religiosas; o enfermeiro deve promover a privacidade e o segredo profissional do utente; o doente não deve ser prejudicado, e auto capacitá-lo nas suas capacidades de autocuidado; a pessoa tem o direito ao cumprimento dos acordos terapêuticos (Manteigas, 1997).

Só um cuidar humanizado, numa perspetiva holística, promove o bem estar da pessoa diabética e família.

II PARTE
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO III
PARADIGMAS E OPÇÕES METODOLÓGICAS - MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A DM é uma doença crónica em grande expansão, que consiste numa das principais causas de morbilidade crónica e perda de qualidade de vida, sendo responsável por uma elevada frequência de consultas e de recorrências sucessivas aos serviços de urgência, internamentos hospitalares muitas vezes prolongados (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, Portugal, 2007). Neste sentido, *“a consequência é que mais do que 70% dos grandes frequentadores das urgências (quatro ou mais admissões anuais) recorrem a estes serviços por descompensação de doenças crónicas”* (Plano Nacional de Saúde, Portugal, 2010, p.86). É particularmente frequente em populações envelhecidas, atingindo segundo (Gardete et al, 2010) 26,3% da população entre 60 e 79 anos. No entanto, atinge idades cada vez mais jovens, aumentando proporcionalmente ao número de pessoas que vivem mais anos e à alteração verificada nos estilos de vida das populações, nomeadamente o sedentarismo e o aumento proporcional da ingestão calórica.

Em Portugal, há a salientar o estudo de Costa (2003), que salienta que relativo ao internamento em hospitais públicos, há um elevado número de admissões precoces (42%). Quer para as admissões precoces, quer para as tardias, a variação por Grupo Diagnóstico Homogêneos (GDHs) e por hospitais foi elevada. Mais especificamente em relação aos GDHs 294 e 295 (diabetes mellitus), há a referir o facto da respectiva percentagem de admissões tardias se ter destacado pela negativa (chegando perto dos 40%) relativamente aos restantes GDHs (o segundo mais elevado corresponde a cerca de 15%).

No estudo da prevalência da DM em Portugal, Gardete et al (2010) revela que no grupo etário dos 20 aos 79 anos a prevalência da DM em Portugal, era de 11,7% e a pré-diabetes era de 23%. Neste contexto, e segundo Gardete et al (2010) foi efetuado um estudo sobre a diabetes em Portugal chamado: *Prevalência da Diabetes em Portugal 2009*, que teve como objetivo determinar a prevalência de DM tipo 2, a anomalia da Glicemia em Jejum – AGJ e a Tolerância Diminuída à Glucose e a TDG na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos. Tem como população alvo, a população randomizada de 5167 indivíduos, estratificados por sexo e idade (20-79 anos), na população portuguesa (censo 2001). Este estudo foi desenvolvido entre Janeiro 2008 e Janeiro 2009, em que foram selecionadas aleatoriamente 93 concelhos e 122 unidades. (censo 2001). Foram identificados os residentes na área escolhida em cada unidade através do cartão de utente. Foi enviada convocatória a uma amostra aleatória de 100 pessoas por cada unidade distribuídas por ambos os sexos e grupos etários. De um total de 12.200 convocatórias enviadas foram devolvidas 4.060. Das 8.140 convocatórias rececionadas obteve-se uma resposta de 5.167 o que corresponde a uma taxa de resposta de 63,5%. Este estudo apresenta como conclusão que: *“A prevalência da diabetes verificada para a população portuguesa foi de 11,7%; existem diferenças significativas entre os homens, 14,2% e as mulheres, 9,5%; tinham diagnóstico prévio 6,6% das pessoas e 5,1 % das pessoas não sabiam que tinham diabetes; por grupos etários tinham uma prevalência de diabetes de 2,4% entre os 20 e os 39 anos, 12,6% entre os 40 e os 59 anos e 26,3% entre os 60 e os 79 anos; em números totais. Os resultados do estudo apontam ainda, para a existência de 905.035 portugueses entre os 20 e os 79 anos com diabetes, dos quais 395.134*

(43,6% do total) não sabem que são portadores desta doença crónica; com Pré-Diabetes foi encontrada uma percentagem de 23,2% entre os 20 e 79 anos, o que corresponde a 1.782.663 pessoas com “Pré-Diabetes”; 34,9% da população portuguesa, entre os 20 e os 79 anos (2.687.698 portugueses), sofrem de diabetes ou de “pré-diabetes”; Os Açores aparecem com os valores regionais mais elevados do país com uma prevalência de 14,3% (9,2% com diabetes diagnosticada e 5,1% com diabetes não diagnosticada) ”.

Também o estudo efetuado por Rodrigues et al (2012), sobre o Tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 1 no Internamento, realizado no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Porto, tendo como objectivo *Realizar uma revisão da abordagem terapêutica recomendada em pacientes adultos hospitalizados com diabetes mellitus tipo 1*, os resultados sugeriram *"diminuição da ocorrência de eventos adversos com um controlo glicémico intensivo em doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos, ensaios clínicos subsequentes mostraram ausência de benefício e alguns mostraram aumento da mortalidade em relação a objetivos glicémicos mais moderados. Nestes estudos há evidência de maior risco de hipoglicemia grave com um controlo glicémico intensivo. As directrizes mais recentes recomendam objetivos glicémicos entre 140 e 180 mg/dl na maioria dos doentes internados"*.

Existe também, recentemente um estudo realizado por vários médicos Miguel et al (2012) no Hospital Distrital de Santarém: Diabetes e Cognição – Rastreio numa População Diabética. O objectivo deste estudo *“foi avaliar o nível cognitivo, mediante o teste de rastreio Mini-Mental State Examination, e as características socioeconómicas de diabéticos referenciados a uma Consulta de Diabetes Hospitalar. Foram incluídos 287 doentes, 96.8% com DM tipo 2. As mulheres (47.7%) eram em média mais velhas que os homens, apresentaram pior controlo metabólico, menor nível de educação e menores rendimentos. A média de pontos do Mini-Mental State Examination foi de 26, observando-se correlação negativa com a idade. Doentes com retinopatia e com AVC prévio e diabéticos do sexo feminino obtiveram médias de pontuação significativamente inferiores aos restantes doentes. Não se verificou correlação com os níveis de HbA1c”*. Conclusão do estudo: *“é imprescindível um investimento na educação e seguimento dos diabéticos com mais idade e com complicações microvasculares por estarem mais associados com o declínio cognitivo. Além disso, a presença de retinopatia poderia representar um marcador de deterioração microvascular cerebral”*.

O estudo realizado por Ramalho et al (2012), sobre: *Ensinar a cuidar da pessoa com diabetes*, é um estudo que visa em desenvolver um projeto: *“Ensinar a cuidar da Pessoa com diabetes.”* Este estudo teve como objetivo, melhorar as competências dos formandos na prestação de cuidados à pessoa idosa com diabetes. O método utilizado foi a realização de onze ações de formação, entre 30/4/2010 e 25/3/2011 num total de 166 formandos, na região do Algarve. Os temas abordados foram: terapêutica, alimentação, exercício físico, controlo metabólico, tratamento de hipoglicemias, cuidados aos pés, e para avaliar a sensibilidade à mudança, foi aplicado um questionário a todos indivíduos, no final e após a formação, sendo posteriormente analisada a média das diferenças dos conhecimentos, utilizando teste t para amostras emparelhadas. Este estudo teve como resultados: *“a população de 166 formandos era exclusivamente feminina, sendo 95,2% de*

nacionalidade portuguesa, com uma média de 42,3% anos, possuindo 61,4% o ensino básico, sendo 82,5% cuidadores formais, dos quais 69,8% eram Ajudantes de Internato (Iar), originárias de instituições dos sete concelhos do Barlavento Algarvio, dos quais o concelho de Lagoa com 37,3% e o de Portimão com 30,7% foram os mais representados. Classificação média do questionário antes da formação foi de 77,2% sendo os itens da rotação dos locais de administração de insulina 47,0%, cuidados com os pés 54,0% e a monitorização da glicemia 69,0%, aqueles onde os formandos apresentavam mais dificuldade. A avaliação no final da formação foi de 95,1% e após os 30 dias 95,5%. Existe evidência estatística de que a ação de formação aumentou os conhecimentos dos formandos na área da diabetes ($t=11,3$, $p < 0,001$). Conclusão: Verificou-se que os conhecimentos dos formandos aumentaram significativamente na área da diabetes”.

O estudo sobre a Qualidade de vida e diabetes, realizado por Vieira et al (2012), teve como objectivo descrever o perfil epidemiológico e avaliar a qualidade de vida numa amostra de doentes seguidos em consulta hospitalar. Foi utilizado um estudo observacional transversal utilizando uma amostra de 150 doentes, no Hospital de Santarém EPE. A mensuração dos perfis clínico e sociodemográfico utilizou-se a idade, sexo, escolaridade, tabagismo, consumo álcool, valor HgA1c, presença de complicações macro e microvasculares. Na mensuração da qualidade de vida (QV) utilizou-se o questionário WHOQOLbref. Tratamento estatístico SPSS versão 17. Os resultados: “A idade média foi de 60,13 anos, predomínio sexo feminino 54%, HgA1c média de 7,78%; duração média da doença de 13,9 anos, IMC: 28,9 Kg/m²; 27,8% apresentavam complicações microvasculares e 40,6% macros vasculares, 8% eram fumadores e 13,3% consumiam álcool. No que se refere à terapêutica 50,9% utilizavam ADO; 17,2% insulina e 31,9% terapêutica mista. O analfabetismo estava presente em 19,3% dos doentes e 69% apresentava rendimento inferior a 500€. No que se refere à QV 46,67% considerou-a nem boa nem má; 50,2% relataram interferência da dor na realização das suas atividades diárias; 35,1% necessitavam de bastantes cuidados de saúde no seu dia-a-dia; 60,3% relatavam pouquíssima oportunidade de lazer e 60,3% relatavam ter sentimentos negativos”. Conclusão do estudo: “O controlo metabólico e a qualidade de vida são dois aspetos importantes da abordagem do doente diabético. No nosso estudo verificou-se existir relação entre controlo metabólico, existência de complicações e qualidade de vida e também com o nível socioeconómicos. Assim no nosso estudo foi possível concluir que a percepção de qualidade de vida parece ser influenciada pela presença de complicações e pelo baixo nível sócio-económico”.

O estudo realizado por Frias et al (2011) incide sobre a DM tipo 2: *Conhecimento e risco*, o estudo são realizados numa População sem diagnóstico de diabetes, em que a prevalência da DM tipo 2 na população portuguesa é entre 20 e 79 anos é de 11.7%. Na sua etiologia, encontram-se não apenas fatores genéticos, mas também fatores ambientais passíveis de prevenção. O Objetivos de estudo incide sobre: “Averiguar o grau de conhecimento que a população estudada tem acerca da DM tipo 2, descrevendo-o em conjunto com a avaliação de risco para a DM e dados sócio demográficos. Foi efetuado um estudo observacional descritivo transversal com uma amostra de 400 indivíduos sem diagnóstico prévio de Diabetes, idades compreendidas entre os 25 e 74 anos

e residentes nas áreas metropolitanas de Braga, Lisboa e Porto. Os resultados: do total de 400 indivíduos (51,25% do sexo feminino e 48,75% do sexo masculino), 55% tinham menos de 45 anos, tendo sido o grau de escolaridade mais predominante a conclusão do ensino secundário (35,5%). Em termos de conhecimentos sobre a DM, 46.8% da amostra apresentou um “conhecimento médio”. Os scores de risco, 36% obtiveram risco baixo” e 34% “risco ligeiro”. Foi encontrada relação estatisticamente significativa entre os scores de conhecimento e de risco ($\chi^2=22,545$; $pvalue=0,032$), relacionando-se estas variáveis de modo proporcionalmente inverso”. Conclusões do estudo: “o grau de conhecimento elevado sobre a DM está associado de forma estatisticamente significativa a uma alimentação mais saudável, a um IMC e perímetro abdominal mais baixos, e a um risco global menor.”

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (Portugal, 2007), a diabetes apresenta variações de incidência e prevalência nas várias regiões do mundo, com um crescimento progressivo em todas elas.

Em relação às complicações secundárias da DM, segundo Observatório Português de Sistema de Saúde (2010), verificou-se, que nos indicadores possíveis de monitorizar pouco se alterou nos últimos anos. Assim, segundo o mesmo autor atrás referido, o número de amputações nos membros inferiores manteve-se estável nos últimos três anos (2007-2009), os internamentos por Acidentes Vasculares Cerebrais, Enfarte Agudo do Miocárdio aumentaram, bem como a retinopatia diabética e o número de hemodialisados com diabetes. De acordo com a Internacional Diabetes Federation (2009) as projeções para Portugal apontam para uma prevalência de 13,7% em 2030. Segundo a Associação Protetora dos Diabéticos em Portugal (2009), calcula-se que Portugal terá na segunda década do novo século, perto de 700.000 diabéticos.

Travar esta enorme expansão e seus respetivos custos representa um desafio que passa por programas de prevenção integrados na EPS e também pela informação e formação quer de profissionais, quer dos diabéticos e famílias. Efetivamente, os problemas das pessoas com diabetes são múltiplos, de ordem pessoal, familiar e social, que resultam da especificidade desta patologia, principalmente se não for tratada adequadamente e sem controlo efetivo, nomeadamente ao nível das suas complicações. Assim, a DM é uma das problemáticas inseridas em contexto hospitalar. A pessoa é admitida no serviço de urgência por uma diabetes inicial, descompensada, ou por complicações tardias da diabetes, levando-a a compensar numa unidade de agudos, podendo passar por um processo difícil, desde ao internamento, até à sua recuperação. Nesta fase, o apoio familiar é fundamental.

De acordo com Alarcão (2000) e Hanson (2005), a família é caracterizada como uma unidade essencial, pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, sendo considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em contínua interação com o exterior, constituindo-se como um grupo complexo com funções sociais definidas.

Contudo, a dimensão da DM pelas suas características muito particulares ultrapassa a sua própria definição, sendo hoje considerada uma doença paradigmática entre as doenças crónicas, pelo que a abordagem da sua prevenção e terapêutica merece uma atenção multidisciplinar específica.

Recentemente, segundo o Plano estratégico da ULSAM (2011), a DM surge numa lista de quinze patologias, como a sexta principal causa com maior carga global de doença na Região Norte (anos de vida saudáveis perdidos).

Neste sentido, a DM requer um tratamento contínuo, essencialmente ao nível comportamental, que inclui alimentação, exercício físico, educação terapêutica e educação não farmacológica, monitorização da glicemia, entre outros.

O estilo de vida da pessoa é um dos fatores que pode contribuir para o aparecimento da DM. Como tal, a pessoa diabética necessita de uma aprendizagem, no sentido de adquirir conhecimentos e habilidades para o seu autotratamento.

A educação terapêutica é parte integrante da educação da pessoa, tendo como objetivo aumentar os seus conhecimentos e motivar para a formação de novos hábitos e comportamentos mais saudáveis. De fato, a educação da pessoa é parte integrante dos cuidados de saúde (Reis, 1999, p. 162). A educação terapêutica visa ajudar as pessoas a adquirir ou manter as competências de que necessitam para gerir a melhor forma a sua vida com uma doença crónica, e a habilitação progressiva da pessoa diabética e da sua família na tomada quotidiana de decisões em relação à sua doença, tornando-os o mais independentes possível dos serviços e dos profissionais de saúde (Norma nº 014/2000 de 12.12.2000, Educação terapêutica na Diabetes Mellitus, Portugal, 2000).

Neste contexto, a intervenção de Enfermagem deve ser personalizada e contínua, dirigida à pessoa e à família. Pelo que o planeamento de cuidados de Enfermagem é feito mediante a identificação de necessidades de cuidados da pessoa diabética e a família e esta deve ser incluída no planeamento dos mesmos, de forma deliberada, numa perspetiva colaborativa que vise o restabelecer do equilíbrio familiar.

O enfermeiro é o elemento de referência e o gestor dos cuidados, que se articula com os restantes profissionais da equipa para obtenção de respostas de saúde e de apoio social, para dar continuidade dos cuidados após um período de internamento.

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, sensibilizaram-nos para a problemática da diabetes, e ainda pelo fato, de desenvolver a atividade profissional num serviço de Medicina, onde o número de doentes portadores da DM é elevado.

Neste contexto, emergiu a necessidade de *Conhecer os cuidados de Enfermagem realizados pelos enfermeiros numa unidade de agudos à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados*. Ponderar sobre esta realidade, levanta-se a questão central que orienta esta investigação: *Que cuidados de Enfermagem são realizados pelos enfermeiros numa unidade de agudos à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados?* As questões de investigação são “as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciadas de forma interrogativa, escritas no presente e que incluem uma ou duas variáveis, assim como a população estudada” (Fortin, 1999, p.101).

Tendo em conta os pressupostos acima assinalados foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS, à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados;

- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, no cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados;
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros, no cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados;
- Identificar a opinião dos enfermeiros relativo aos cuidados que prestam à pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados.

De seguida apresentamos a metodologia do estudo.

2. METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia do estudo engloba a *“organização crítica das práticas de uma investigação que se desenrola, desde a sua conceptualização”*, permitindo chegar a *“conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos iniciais”* (Reis, 2010, p. 58), que nos propomos concretizar.

De acordo com Fortin (2009, p. 21) a sua seleção *“pode seguir um esquema em harmonia com as suas crenças, os seus valores, a sua percepção das coisas e orientar o seu problema de investigação e a sua metodologia nesse sentido”*.

Com base nos objetivos delineados anteriormente para este estudo, a opção metodológica centra-se numa abordagem qualitativa, sendo este método o melhor que se adequa, pois este privilegia a compreensão, o significado, a análise, consistindo em procurar e compreender a significação das descrições que as pessoas fazem da sua experiência (Fortin, 1999). Nesta parte serão desenvolvidos todos os aspetos relativos à metodologia utilizada para desenvolver o nosso estudo. A investigação qualitativa preocupa-se com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno, observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem procurar controlá-lo.

Abordaremos a problemática na perspetiva da equipa de enfermagem sobre o cuidar da pessoa diabética numa unidade de agudos.

Como refere Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa possui cinco características que estão presentes neste estudo:

1- *“ Na investigação qualitativa a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal (...)”*

Os dados do estudo foram recolhidos num ambiente contextualizado (medicina), existindo interação com o mesmo para facilitar a sua compreensão visto que o comportamento humano é fortemente influenciado pelo contexto em que se insere.

2- *“ A investigação qualitativa é descritiva (...) ”*.

Os dados foram recolhidos com a ajuda de um guião de entrevista, sendo esta semi estruturada para que fosse possível obter dados acerca dos sentimentos e experiências dos entrevistados nas suas próprias palavras e assim, privilegiar a compreensão e o significado da realidade. Foi usado, citações dos próprios para a descrição da realidade, por não ser do nosso interesse quantificá-la, mas sim descrevê-la.

3- *“ Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos (...) ”*

Com este estudo pretende-se identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados; identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados; identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados; identificar a opinião dos enfermeiros relativo aos cuidados que prestam à pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados.

4- “ Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva (...) ”.

Não foram estabelecidas hipóteses prévias ao estudo, o que se pretende não é testar algo, mas obter informação relevante e contextualizada e daí retirar as conclusões.

5- “ O significado é de importância vital na abordagem qualitativa (...) ”.

Procurou-se entender o significado que os entrevistados atribuem às situações, tentando percebê-las e não quantificá-las.

2.1. Tipo de Estudo

A investigação qualitativa preocupa-se com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno, observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta sem procurar controlá-lo. Assim, o estudo de caso foi selecionado pelo facto de ser menos limitado, portanto, mais aberto, menos manipulável, mais real, implicando a participação do investigador e uma análise em profundidade do tipo introspectivo. O planeamento da pesquisa em campo resultou numa análise e reflexão dos referenciais teóricos face às questões de investigação colocadas, visando a compreensão dos cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros numa unidade de agudos à pessoa diabética e família, na perspetiva de continuidade de cuidados. Neste tipo de pesquisa, “o mestrando procura conhecer e interpretar os factos sem interferir nos mesmos”, e “procura determinar opiniões e projeções futuras nas respostas obtidas” (Reis, 2010, p. 61). O estudo de caso, é utilizado para contribuir com o conhecimento que se tem dos fenómenos individuais, organizacionais, e na compreensão de fenómenos sociais complexos, permitindo a preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, como ciclos de vida individuais ou processos organizacionais (Reis, 2010, p. 111).

Seguidamente damos continuidade, à entrada em trabalho de campo.

2.2. A Entrada em Trabalho de Campo

O espaço onde decorrerão as entrevistas será numa unidade de medicina, da ULSAM, EPE, pelo facto de ser uma unidade com um número elevado de doentes portadores DM e ainda por ser um contexto favorável à realização do estudo.

Segundo a ULSAM, EPE (2012) foi criada pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de Setembro, rectificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro, tendo integrado o Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. com os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo.

Esta nova Unidade, segundo a mesma fonte, abrange a totalidade do distrito: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira, com uma área territorial de 2.213 Km² e uma população residente estimada de 251.676 (INE, 2007), dos quais 13,4% têm menos de 14 anos e 20,8% têm mais de 65 anos e uma densidade populacional de 113 hab./Km², conforme já tinha sido referido no capítulo I.

A ULSAM constitui uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, tendo como objetivo, o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, com eficiência e eficácia asseguráveis a toda a população. Abrange duas unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima), um “Centro de Saúde” por cada um dos Concelhos - à excepção do Concelho de Viana do Castelo com 3 “Centros de Saúde” e 2 Unidades de Convalescença. Encontram-se ainda em actividade, 9 Unidades de Saúde Familiares, inseridas nos “Centros de Saúde” de Arcos de Valdevez (USF Arcos e USF Vale do Vez), Caminha (USF Vale do Âncora), Darque (USF Arquis Nova), Ponte de Lima (USF Lethes, USF Vale do Lima, USF Mais Saúde, USF Freixo) e Viana do Castelo (USF Gil Eanes). Os Hospitais de Santa Luzia e Conde de Bertiandos, prestam cuidados diferenciados e dispõe de 445 camas, assim distribuídas: Departamento de Cirurgia – 155; Departamento de Medicina – 181; Departamento da Mulher e Criança – 77; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – 24; 8 Camas de cuidados intensivos (unidade polivalente); Dispõem ainda: 24 Berços; 20 Camas de OBS; 2 Blocos Operatórios: Central e Ambulatório, respetivamente com 5 e 2 salas, dotadas de equipamento para cirurgia tradicional e laparoscópica. O Bloco de Partos dispõe de 6 salas. O Serviço de Consultas Externas dispõe de 45 gabinetes, estando 11 instalados no Hospital Conde de Bertiandos e 34 no Hospital de Santa Luzia, dos quais 8 afetos ao Departamento de Psiquiatria.

2.3. Terreno de Pesquisa

O estudo foi efetuado na unidade de medicina, dum Hospital de agudos, da região norte do país. A unidade possui uma lotação de 34 camas, das quais 4 são unidades de isolamento e as restantes são distribuídas três por enfermaria, num total de onze enfermarias. São admitidos utentes de ambos os sexos. Os utentes do sexo masculino ocupam as camas numeradas de 5 a 16 e de 17 a 25 são ocupadas por utentes do sexo feminino. As últimas enfermarias integram a unidade de AVC (utentes do sexo feminino e masculino) que ocupam as camas numeradas de 26 a 34.

Esta unidade é constituída por vários gabinetes (do Diretor do departamento e diretor de serviço, de reuniões, da secretária da unidade e do enfermeiro chefe), salas de apoio à equipa (sala de tratamentos, de trabalho, de registos e vestiário masculino e feminino, sala de arrumos, rouparia, sala de sujos, sala de depósitos de resíduos sólidos), salas de apoio ao utente (copa, sala de refeições, de convívio e casas de banho para o sexo masculino e feminino).

A faixa etária dos utentes internados neste serviço é referente ao utente adulto e idoso, sendo este último o mais frequente. Os internamentos de utentes jovens adultos, infelizmente, já começam a ser um pouco recorrentes.

As patologias do foro médico mais frequentes são as patologias neuro cerebrais, pulmonares, cardíacas, diabetes Mellitus, gastrointestinais, vasculares, infecto contagiosas, alterações hematológicas, endócrinas, renais e oncológicas.

De uma forma geral, os internamentos são prolongados, e a maioria dos utentes apresentam um

grau elevado de dependência, e com um número significativo de utentes em fase terminal.

A equipa de enfermagem é composta por um enfermeiro Chefe, e 22 enfermeiros, em que destes enfermeiros estão habilitados com mestrados, especialidades, pós graduações e enfermeiros generalistas.

A equipa médica é composta apenas por quatro clínicos com especialidade em medicina interna.

A equipa de auxiliares de ação médica é composta por 8 elementos.

O serviço tem também, o apoio de uma secretária de unidade, uma assistente social e apoio religioso, e sempre que solicitado apoio de nutrição.

2.4. Os Participantes do Estudo

Na escolha da *“população alvo, ou universo alvo, designa a totalidade dos indivíduos que possuem as mesmas características ou partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, isto é, toda a população que o investigador está interessado”* (Reis, 2010, p. 75). Ainda segundo Polit e Hunger (2004), uma população alvo é definido como sendo um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios específicos. A população em estudo são os enfermeiros da unidade de medicina, que prestam cuidados diretos à pessoa diabética e família.

A recolha de dados foi realizada a todos os enfermeiros prestadores de cuidados, excluindo-se aqueles que se encontravam de férias, por licença de maternidade, de baixa prolongada. Deste modo, a população de enfermeiros estudada foi constituída por 7 elementos.

2.5. Instrumentos de Recolha de Dados

O instrumento da colheita de dados é o utensílio ou equipamento usado pelo investigador, para colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do estudo de pesquisa.

Entende-se por instrumento de pesquisa o conjunto de processos ou meios, que se utilizam para obter a recolha de dados.

Atendendo às características do estudo, a técnica de colheita de dados utilizada foi a entrevista semi estruturada, devido ao seu carácter descritivo e dar oportunidade aos sujeitos de expressarem as suas ideias livremente.

Esta técnica pode ser *“utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”* (Bogdan e Biklen, 1994). Semi estruturada porque, segundo os mesmos autores, apresenta *“um carácter flexível (...) permitindo aos sujeitos responderem de acordo com a sua perspetiva pessoal.”*

Realizou-se um pré teste a três enfermeiros, considerados informantes privilegiados no sentido de validar as questões orientadoras da entrevista. Este pré teste foi fundamental para definir estratégias e reformular o guião de entrevista.

As entrevistas foram realizadas desde o dia 1 de junho até ao dia 15 de junho de 2012.

Utilizou-se a gravação, após a autorização dos participantes. Posteriormente procedeu-se à sua transcrição integral, a partir das quais se fez a análise de conteúdo.

2.6. Procedimentos de Análise de Dados

Os dados referem-se ao material em bruto recolhido pelo investigador, no terreno onde se efetua a pesquisa, constituindo estes, segundo Bogdan e Biklen (1994), *“os elementos que formam a base de análise”*.

O conteúdo de todas as entrevistas gravadas foi transcrito na íntegra, e como principal metodologia de tratamentos de dados, utilizamos a análise de conteúdo da informação recolhida dos participantes. Bardin (1997) equaciona este processo como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de preocupação/ percepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (p.42). Entretanto, será a forma mais adequada e que melhor se adapta tendo em conta a natureza qualitativa deste estudo.

De forma a trabalhar a informação obtida, procedeu-se à ordenação e organização do material, atribuindo um número de código a cada instrumento de recolha de dados.

Numa fase seguinte, procedeu-se á leitura “flutuante” do conteúdo total dos discursos permitindo-nos um primeiro contacto e uma percepção global dos mesmos, indo de encontro á fase a que Bardin (1997) denomina de pré-análise cujo objetivo é *“tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso dos desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”* (p.95).

Posteriormente constitui-se o nosso *corpus* de análise, sendo este *“o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”* (Bardin, 1997, p. 95), das entrevistas realizadas.

Na constituição deste *corpus* atende-se a diversas regras; procurando ser exaustivos e tendo em conta todas as entrevistas na nossa análise; sendo homogéneos na elaboração das entrevistas e focando as mesmas temáticas para que estas fossem adequadas de modo a corresponderem aos objectivos que suscita a análise.

Após terminar a fase do pré análise, parte-se para a exploração do material, envolvendo operações de categorização.

A codificação *“corresponde a uma transformação (...) dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão”* (Bardin, 1997, p.103).

Segundo a mesma autora o recorte refere-se á escolha das unidades de registo, tendo sido seleccionadas as frases curtas elaboradas a partir das citações dos discursos. De seguida a enumeração consiste na escolha das regras de contagem.

A análise dos dados baseou-se na avaliação da frequência com que cada uma das unidades de registo se repetiam, seleccionando a partir daí as categorias, sendo este processo *“uma operação*

de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género com os critérios previamente definidos" (Bardin, 1997, p.117).

Este processo permitiu organizar, analisar e interpretar os dados recolhidos espelhando as categorias.

Com o objetivo de fundamentar a constituição do sistema de categorização e o processo de análise e interpretação, recorrendo a citações, dos discursos dos narradores que se inseriu na apresentação descritiva dos dados.

2.7. Procedimentos Éticos

Na realização das entrevistas realizou-se, um pedido de autorização por escrito ao Conselho de Administração do Hospital da ULSAM, EPE, para a realização da mesma.

Após a autorização da Comissão de Ética da ULSAM, EPE por escrito (Anexo 1), foi dado conhecimento da sua autorização, à diretora da unidade de medicina e enfermeira chefe, para dar início à realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas desde o dia 1 de junho até ao dia 15 de junho de 2012. Foram realizadas aos enfermeiros, no serviço de medicina, cumprindo o guião de entrevista.

O consentimento das entrevistas foi realizado através da declaração do consentimento, a Declaração de Helsínquia, em que foram esclarecidos e explicados todos os passos relativos á entrevista. As entrevistas foram realizadas na sala de reuniões da unidade da medicina, uma sala em que todos os intervenientes conhecem e se sentem á vontade. No início da entrevista foi explicado, a finalidade do estudo, os objetivos e garantido a confidencialidade

Foi pedido consentimento para gravação, que foi aceite. Todos os enfermeiros se mostraram disponíveis para a entrevista.

Neste sentido, foi agradecido aos entrevistados, pela sua participação e comunicado que posteriormente será enviado os resultados finais do seu estudo.

CAPÍTULO IV
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo integra a apresentação e análise dos resultados obtidos através da análise de conteúdo, e das entrevistas realizadas aos enfermeiros. Na exposição dos dados, empregamos o texto narrativo, a que adicionamos os excertos das entrevistas e tabelas sínteses, para melhor ilustrar e facilitar a análise dos discursos e a interpretação dos mesmos.

A análise de conteúdo efetuada às entrevistas dos enfermeiros faz sobressair 10 áreas temáticas, inventariadas por categorias e subcategorias (quadro 6).

Quadro 6 - Categorias e Subcategorias emergentes das entrevistas realizadas aos enfermeiros de uma unidade hospitalar

| TEMA | CATEGORIA | SUBCATEGORIAS |
|--|--|--|
| 1- Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família na Unidade de Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 1. Cuidados técnicos | <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa de glicemia capilar • Administração de insulina • Cuidados de higiene e conforto • Avaliação dos sinais vitais |
| | 2. Cuidados educacionais | <ul style="list-style-type: none"> • Transmissão de informação técnica • Transmissão de informação dietética |
| | 3. Cuidados relacionais | <ul style="list-style-type: none"> • Resposta a necessidades psicológicas • Resposta a necessidades emocionais |
| | 4. Cuidados de continuidade | |
| 2- EPS realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 1. Aspetos técnicos | <ul style="list-style-type: none"> • Administração de Terapêutica • Utilização de instrumentos avaliativos |
| | 2. Aspetos teóricos | <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Exercício físico • Alimentação |
| 3- Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS à pessoa diabética e família | 1. Envolvimento do doente | |
| | 2. Envolvimento da família | |
| | 3. Envolvimento da equipa multidisciplinar | |

| | | |
|--|---|---|
| 4- Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 1. Execução de procedimentos | |
| | 2. Durante as refeições | |
| | 3. Sem momento específico | |
| 5- Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 1. Expositivo | |
| | 2. Interativo | |
| 6- Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 1. Avaliação sistemática | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de necessidades • Conhecimentos • Treino de habilidades |
| | 2. Envolvimento da pessoa e família nos cuidados | |
| 7- Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 1. Falta de disponibilidade de tempo | |
| | 2. Falta da presença da família | |
| | 3. Falta de recursos humanos | |
| | 4. Falta de formação | |
| | 5. Falta de motivação | |
| | 6. Falta de apoio organizacional | |
| 8- Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 1. Recursos humanos | |
| | 2. Recursos materiais | |
| | 3. Espaço para realização da EPS | |
| 9- Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | 1. Suficientes | |
| | 2. Insuficiente | |
| 10- Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família | 1. Formação | |
| | 2. Aumento de recursos humanos | |
| | 3. Aumento de recursos materiais | |
| | 4. Maior articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários | |

1.1. Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família na Unidade de Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados

Para que o enfermeiro consiga dar uma resposta adequada aos doentes com patologia como a diabetes, uma vez que o tratamento deste tipo de patologia difere muito do tratamento das doenças agudas, é necessário que os enfermeiros consigam no seu cuidar alterar as suas políticas e as suas estratégias de intervenção para assegurar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa diabética e família. Ainda na mesma linha de pensamento a pessoa diabética têm que compreender que são os primeiros responsáveis pela sua saúde, que devem ser participantes ativos neste processo, e os enfermeiros terão que ter atitudes de disponibilidade e acolhimento tal como refere Hesbeen (2001) o “*acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associados aos seus conhecimentos naturais, científicos e às competências técnicas*” contribuem para o empower da pessoa. Segundo o mesmo autor, os Cuidados de Enfermagem são a “*atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências (...)*”.

Tendo por base esta linha de pensamento, quisemos junto dos enfermeiros, identificar quais os cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família.

Da análise dos discursos dos enfermeiros emergiram quatro categorias, conforme se pode observar na Tabela 1: *Cuidados técnicos, Cuidados educacionais, Cuidados relacionais e Cuidados de continuidade*.

Relativamente à primeira categoria, os *Cuidados técnicos* são os cuidados que integram uma ação técnica da prestação de cuidados. Esta categoria, centra-se em quatro subcategorias: *Pesquisa de glicemia capilar, Administração de insulina, Cuidados de higiene e conforto e Avaliação dos sinais vitais*.

Em relação, à primeira subcategoria, a *Pesquisa de glicemia capilar*, todos os referem realizar na sua prestação de cuidados, a pesquisa de glicemia à pessoa diabética:

(...) *faço a pesquisa de glicemia*(...) E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7

No que concerne, à segunda subcategoria, *Administração de insulina*, todos os envolvidos referem administrar a insulina:

(...) *a administração de insulina*(...) E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7

Relativamente, à terceira subcategoria, aos *Cuidados de higiene e conforto*, é mencionado por um enfermeiro:

(...) *presto os cuidados de higiene e conforto*,(...) E1

Em relação à quarta subcategoria a *Avaliação dos sinais vitais*, foi referido por dois enfermeiros, como prática diária da sua prestação de cuidados à pessoa diabética:

(...) *avaliação da tensão arterial, pulso, temperatura, saturações de oxigénio* (...) E3

(...) *avaliação dos sinais vitais* (...) E4

Relativamente à segunda categoria, os *Cuidados educacionais*, são os cuidados utilizados pelos enfermeiros, na prestação de cuidados à pessoa diabética e família. Desta categoria emergiram duas subcategorias: a *Transmissão de informação técnica* e *Transmissão de informação dietética*.

A primeira subcategoria, a *Transmissão de informação técnica* é referida por todos os enfermeiros:

(...), *manejo da caneta*, (...) E1

(...), *ensino da máquina de glicemia* (...) E2;E3;E4,E5,E7

Na segunda subcategoria, a *Transmissão de informação dietética* é mencionada por seis enfermeiros:

(...), *ensino de hábitos alimentares*, (...) *se cumprem a dieta em casa*, (...) E1

(...) *Educação sobre a alimentação* (...) E2; E3

(...), *se em casa faz uma dieta fraccionada, se cumpre a dieta* (...) E4

(...) *ter atenção a alimentação se é adequada* (...) *hidratação com água, que é muito importante, na alimentação* (...) E5

(...) *o ensino dos alimentos em que podem comer* (...) E6

No que diz respeito à terceira categoria *Cuidados relacionais*, emergiram duas subcategorias: *Resposta a necessidades psicológicas* e *Respostas a necessidades emocionais*.

Na primeira subcategoria *Resposta a necessidades psicológicas* é referida por quatro enfermeiros:

(...) *A motivação e aceitação do doente são essenciais, pois daí depende todo o ensino*, (...) E1

(...) *mas é motivar o doente, pois os cuidados com a diabetes são essenciais, e somos nós que o incutimos*(...) E2

(...) *A motivação é muito importante, se o doente não está motivado temos de o respeitar e dar tempo*. (...) E3

(...) *A motivação é muito importante. Quer para o doente como para a família. Disso depende os ensinos*. (...) E4

A segunda subcategoria *Respostas a necessidades emocionais* é mencionada por três enfermeiros:

(...) *o apoio*, (...) *é fundamental* (...) *principalmente quando o doente tem conhecimento de uma diabetes inicial*, (...) E1

(...) *também da família ou amigos* (...) *apoios familiar*; (...) E4

(...) *encorajar o doente em todo este processo porque não é fácil* (...) *também dou muita força e suporte ao doente, o apoio é fundamental* (...) E5

Relativamente à quarta categoria *Cuidados de continuidade*, é bastante valorizada, pelos enfermeiros, sendo referido por seis enfermeiros:

(...) através da carta de alta e carta de transferência(...)E1; E3; E7

(...) A melhor forma de articular os cuidados de enfermagem, é através da carta de alta (...) A carta de alta é um meio com mais resultados. (...) e transferência de enfermagem; (...) E2

(...) Através, da carta da alta e de transferência. (...) o registo dos valores de glicemia (...) E5

(...) Temos a carta de transferência (...) Se é um doente diabético que necessita de mais apoio o doente é referenciado para as equipas. (...) E6

Tabela 1 - Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família na Unidade de Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| Enfermeiros | Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família na Unidade de Medicina, na perspetiva de continuidade de cuidados | | | | | | | |
|-------------|---|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | Cuidados técnicos | | | Cuidados educacionais | | Cuidados relacionais | | Cuidados de continuidade |
| | Pesquisa de glicemia capilar | Administração de insulina | Cuidados de higiene e conforto | Transmissão de informação técnica | Transmissão de informação dietética | Resposta a necessidades psicológicas | Respostas a necessidades emocionais | |
| E1 | X | X | X | X | X | X | X | X |
| E2 | X | X | | X | X | X | | X |
| E3 | X | | | X | X | X | | X |
| E4 | X | | | X | X | X | X | |
| E5 | X | | | X | X | | X | X |
| E6 | X | | | | X | | | X |
| E7 | X | | | X | | | | X |

1.2. EPS realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

A EPS é uma prática essencial a todos os enfermeiros, que auto capacita a pessoa diabética para tomar a sua própria decisão terapêutica, e controlo, e aceitação da sua doença. Segundo Couto e Camarneiro (2002) a EPS é como “*uma componente essencial dos cuidados de Enfermagem que visa a promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como adaptação aos efeitos da doença*”.

Nesta área temática, procuramos conhecer, os aspetos abordados pelos enfermeiros

relativamente a EPS à pessoa diabética e família.

Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias conforme se pode observar na Tabela 2: *Aspetos técnicos* e os *Aspetos teóricos*.

Os *Aspetos técnicos* definem os ensinamentos técnicos utilizados pelos enfermeiros, para educar a pessoa diabética e família. De acordo com esta categoria, emergiram duas subcategorias: *Administração de terapêutica* e *Utilização de instrumentos avaliativos*.

A primeira subcategoria, *Administração de terapêutica*, é um dos ensinamentos utilizados pelos enfermeiros para EPS, e é referida por todos cinco enfermeiros, como podemos constatar na seguinte citação:

(...) ensinamentos sobre as complicações da medicação, (...) autoadministrar a insulina (...) E2

Relativo à segunda subcategoria a *Utilização de instrumentos avaliativos*, é um dos ensinamentos utilizados pelos enfermeiros para a EPS, em que é citado por dois enfermeiros:

(...) ensinamento como utilizar um glicómetro, e suas instruções, (...) E1

(...) se sabe utilizar o glicómetro; (...) E4

Os *Aspetos teóricos* é a última categoria, em que aborda os ensinamentos teóricos para a EPS utilizados pelos enfermeiros. Desta categoria emergiu duas subcategorias: *Diabetes*, *Alimentação* e *Exercício físico*.

A subcategoria *Diabetes* foi referida por dois enfermeiros:

(...), há e muito importante, o que é a diabetes, e as suas causas e complicações (...) E1

(...) Falo sobre o que é a diabetes, e suas complicações (...) E5

A *Alimentação* é citada por todos os enfermeiros, como podemos constatar na seguinte citação:

(...) sobre a alimentação, adaptado aos problemas de saúde que o doente apresenta, a quantidade de comida, o número de refeições por dia, hábitos alimentares a alterar; (...) E5

O *Exercício físico* foi abordado por seis enfermeiros, como podemos observar nas seguintes citações:

(...) exercício físico, a mobilidade, (...) hábitos saudáveis a inculcar (...) E6

(...) O exercício físico, maior parte dos nossos doentes não fazem exercício físico, com trabalhos pesados e acham que já é o suficiente, tentar encontrar com eles um tempo em que podem fazer uma caminhada (...) E7

Tabela 2 - EPS realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| Enfermeiros | Educação para a saúde realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | | | | |
|-------------|--|--|------------------|-------------|------------------|
| | Aspetos técnicos | | Aspetos teóricos | | |
| | Administração de Terapêutica | Utilização de instrumentos avaliativos | Diabetes | Alimentação | Exercício físico |
| E1 | X | X | X | X | X |
| E2 | X | | | X | |
| E3 | X | | | X | X |
| E4 | | X | | X | X |
| E5 | X | | X | X | X |
| E6 | | | | X | X |
| E7 | X | | | X | X |

1.3. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS à pessoa diabética e família

Esta área temática aborda as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS realizada à pessoa diabética e família.

As estratégias abordadas são etapas sequenciais, racionais e analíticas que envolvem um conjunto de critérios objetivos, baseados na análise e tomada de decisão utilizados pelos enfermeiros para auto capacitar a pessoa diabética, no seu processo de recuperação até restabelecer o seu equilíbrio.

Relativamente a esta temática, da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros, emergiram três categorias: *Envolvimento do doente*, *Envolvimento da família* e *Envolvimento da equipa multidisciplinar*, estando presentes na Tabela 3.

Na categoria, *Envolvimento do doente*, as estratégias foram referidas por três enfermeiros:

(...) educar o doente(...)ensino que realizamos num contacto direto com o doente, numa perspetiva de educação para a saúde(...) E1

(...) ajudar no apoio ao doente (...) na interação do doente, com base no diálogo (...) E3

(...) por vezes temos de começar o ensino pelas complicações da diabetes, para provocar um pequeno “susto”, para ver se conseguimos, que aquele doente tenha cuidados com a sua saúde (...) tentar encontrar soluções, explicar que nem tudo é mal, e que temos de encontrar soluções agradáveis à altura deles, e que podem cometer algumas exceções á regra.(...) E7

No *Envolvimento da família*, são estratégias utilizadas por sete enfermeiros, como se pode

observar nas seguintes citações:

(...) *Tentar envolver sempre a família, em que ela é sempre um elo de apoio ao doente. (...) Entrar em contacto com os familiares, para ajudar no apoio ao doente, e participar nos ensinamentos (...)* E3

(...) *Envolver sempre a família, quando o doente não colabora ou este pede colaboração da esposa por Exemplo; ou a própria família mostra interesse. (...)* E4

(...) *nas tardes por vezes faço ensinamentos programados à família e doente, que é quando a família tem disponibilidade, e o doente não apresenta capacidade para estes ensinamentos técnicos. (...)* E5

O *Envolvimento da equipa multidisciplinar*, é uma estratégia citada por três enfermeiros:

(...); *peço sempre apoio de nutricionista (...)* E1

(...) *falar na consulta de podologia(...)* E3

(...) *apoio de nutrição, (...)* E4

Tabela 3 - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS à pessoa diabética e família

| Enfermeiros | Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS à pessoa diabética e família | | |
|-------------|--|-------------------------|---|
| | Envolvimento do doente | Envolvimento da família | Envolvimento da equipa multidisciplinar |
| E1 | X | X | X |
| E2 | | X | |
| E3 | X | X | X |
| E4 | | X | X |
| E5 | | X | |
| E6 | | X | |
| E7 | X | X | |

1.4. Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

Os enfermeiros utilizam um determinado momento para a realização da EPS à pessoa diabética e família. Este momento depende da forma como o modelo de cuidados é aplicado na unidade em que está inserido. Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros emergiram três categorias, conforme se pode observar na Tabela 4: *Execução de procedimentos, Durante as refeições e Sem momento específico*.

A categoria *Execução de procedimentos*, refere-se a todos os procedimentos técnicos efetuados no momento escolhido para realização da EPS à pessoa diabética e família. É de referir que nesta primeira categoria sete enfermeiros escolheram este momento, conforme a

seguinte citação:

(...) *no momento de avaliação das glicemias capilares* (...) E2; E3; E4; E5; E6; E7

No que concerne á segunda categoria *Durante as refeições*, três enfermeiros referiram este momento, conforme estas citações:

(...), *no momento das refeições*, (...) E2

(...) *e na hora da alimentação*. (...) *As vezes na hora do jantar* (...) E3

Em relação, á ultima categoria *Sem momento específico*, dos entrevistados só um enfermeiro refere que não existe um momento exato para efetuar o ensino à pessoa diabética e família, como é evidente nesta citação:

(...) *a família não está informada e faço o ensino nesse momento*. (...) E6

Tabela 4 - Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| Enfermeiros | Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | | |
|-------------|--|----------------------|------------------------|
| | Execução de procedimentos | Durante as refeições | Sem momento específico |
| E1 | X | | |
| E2 | X | X | |
| E3 | X | X | |
| E4 | X | | |
| E5 | X | X | |
| E6 | X | | X |
| E7 | X | | |

1.5. Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

Os enfermeiros utilizam uma metodologia específica para a realização da EPS à pessoa diabética e família. Neste contexto, procuramos conhecer quais os métodos utilizados pelos enfermeiros na EPS à pessoa diabética e família. Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas emergiram duas categorias: o *Método Interativo e Expositivo*, conforme se pode observar na Tabela 5. Relativamente a estas categorias o método interativo e expositivo foram os métodos seleccionados pelos enfermeiros. No que diz respeito á primeira categoria *Método Interativo*, todos os entrevistados utilizou este método, como podemos constatar nas seguintes

citações:

(...) Na interação com o doente, com base no diálogo (...) o método interativo (...), é base do diálogo que faço o ensino, faço-o por etapas, conforme a evolução da aprendizagem do doente. (...) É importante o supervisionamento de todas as etapas. (...) E3

(...) Penso que o método interativo começa com o diálogo com os doentes e família. E penso que poderá ser mais adequado. Porque tens o feedback das pessoas e convém saber o que é que o doente reteve da informação (...) eu começo por pesquisar as glicemias, e peço a colaboração do doente ou família, depois após a observação identifico as necessidades, e questiono sobre as suas dificuldades. (...) E5

(...) um método de interação, porque a pessoa para além de ouvir tem de responder, e interagimos uma com a outra. Para que a pessoa aprenda o que foi ensinado, e para que eu também aprenda, e para a próxima possa estar mais preparada (...) Um ensino personalizado aquela pessoa e á aquela família é o método mais eficaz. (...) E6

A segunda categoria *Método Expositivo*, os enfermeiros que utilizaram este método foram cinco, como se pode observar nas seguintes citações:

(...) o expositivo, através de panfletos, cartazes, (...) E1

(...) Os panfletos (...) É fundamental e consolida os conhecimentos, (...) Uma exposição de um vídeo ou um powerpoint, não tem onde colocar a não ser na unidade de AVC, um vídeo sobre isso, acho que é uma boa hipótese e se pode colocar na unidade. Há muitos doentes diabéticos (...) E6

Tabela 5 - Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| Enfermeiros | Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | |
|-------------|--|-------------------|
| | Métodos interativos | Método expositivo |
| E1 | X | X |
| E2 | X | X |
| E3 | X | |
| E4 | X | |
| E5 | X | X |
| E6 | X | X |
| E7 | X | X |

1.6. Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

Para evidenciar e finalizar todo o processo da EPS, efetuado pelos enfermeiros à pessoa diabética e família, é fulcral a avaliação da EPS.

A avaliação ocorre ao longo do processo da EPS, para verificar se as metas são alcançadas e avaliar a necessidade de aprendizagem; avaliação da motivação; declaração do diagnóstico e estabelecimento dos objetivos com o utente; ensino-aprendizagem e avaliação e reensino se necessário (Redman, 2002).

A EPS é integrada nos cuidados à pessoa diabética e família em todos os contextos e setores, utilizando um modelo processual de diagnóstico-intervenção-avaliação para proceder à EPS (Redman, 2002).

Neste sentido, procuramos conhecer que avaliação é efetuada pelos entrevistados na EPS à pessoa diabética e família. Neste sentido, a análise de conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias, conforme se pode observar na Tabela 6: *Avaliação sistemática e Envolvimento da pessoa e família nos cuidados*.

Da primeira categoria emergiu três subcategorias: *Diagnóstico de necessidades, Conhecimentos e Treino de habilidades*.

Em relação à primeira subcategoria *Diagnóstico de necessidades*, a avaliação dos resultados é realizada por cinco enfermeiros, tal evidência as seguintes citações:

(...) *Se a abordagem for feita numa fase inicial do internamento, conseguimos fazer uma avaliação dos Conhecimentos absorvidos pelo doente, (...) na participação do doente, o seu empenhamento* (...) E1

(...) *Primeiro avalio o que o doente sabe, depois faço reforço da parte teórica, ver as lacunas que ele tem, depois disso faço perguntas.*(...) E4

De acordo com a segunda subcategoria *Conhecimentos*, seis enfermeiros referiram, conforme as citações:

(...), *através da capacidade do doente, saber mostrar as capacidades e conhecimentos aprendidos,*(...) E2

(...) *através da interação com o doente, questionando e analisando as suas respostas (...) No feedback que tu tens, e nos comportamentos das pessoas que vê, se mudaram.(...)o método que utilizo para o ensino, já Consigo observar como o doente assimilou os seus conhecimentos. (...) Acho que o mais importante num ensino, é o feedback do ensino, saber até que ponto o doente e família entenderam e absorveu do ensino* (...) E6

(...) *perceber até que ponto o utente assimilou(...) a pessoa diabética entender o que foi ensinado* (...) E7

Treino de habilidades é a ultima subcategoria envolvida na avaliação dos resultados, é referida por cinco enfermeiros, como descrevem as seguintes citações:

(...) *já consegue sozinho, fazer as pesquisas de glicemias*(...) E1

(...) *colocar o doente a fazer as pesquisas, e depois ver se o doente reteve a informação* (...) E5

Relativamente à segunda categoria *Envolvimento da pessoa e família nos cuidados*, no processo de avaliação dos resultados, quatro enfermeiros referiram, conforme se pode observar nas seguintes citações:

(...), logo vemo-nos obrigados, a escolher este momento para educar o doente (...) Nem sempre envolve a família, depende do conhecimento do doente e do grau da dependência do doente. Só quando o doente não está capaz.(...) E1

(...) Tento envolver sempre a família, em que ela é sempre um elo de apoio ao doente (...) E3

(...), sempre que possível e se o doente assim o quiser, tentar que a família participe(...) E5

Tabela 6 - Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| Enfermeiros | Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | | | |
|-------------|---|---------------|-----------------------|---|
| | Avaliação sistemática | | | Envolvimento da pessoa e família nos cuidados |
| | Diagnóstico de necessidades | Conhecimentos | Treino de habilidades | |
| E1 | X | | X | X |
| E2 | | X | X | X |
| E3 | X | X | | X |
| E4 | X | X | X | |
| E5 | X | X | X | X |
| E6 | X | X | | |
| E7 | X | X | X | |

1.7. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

Cuidar da pessoa e família, são cuidados que não se improvisam, mas apoiam-se em noções teóricas e práticas específicas e administram-se num contexto de interação entre os doentes e as famílias.

Os enfermeiros desde sempre assumiram a *“responsabilidade de atender e cuidar os indivíduos quando as suas condições e recursos os impossibilitavam de tomar conta de si mesmos* (Manteigas, 1997).

Todos os enfermeiros encontram dificuldades no seu percurso profissional, na sua prestação de cuidados.

Neste contexto, procuramos conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa diabética e família.

Neste sentido, após a análise de conteúdo das entrevistas emergiram seis categorias: *Falta de*

disponibilidade de tempo, Falta da presença da família, Falta de recursos humanos, Falta de formação, Falta de motivação e Falta de apoio organizacional, conforme se observa na Tabela 7.

Relativamente à primeira categoria *Falta de disponibilidade de tempo*, é referido por todos os enfermeiros, como podemos constatar na seguinte citação:

(...) *O tempo, temos muito pouco tempo, para fazer muito. (...) muito pouco tempo para estar com os doentes. (...) E2*

(...) *falta de disponibilidade, falta de tempo (...) é muito difícil gerir o tempo (...) E5*

(...) *Por vezes fazemos ensinamentos meia hora antes da alta, o que eu não concordo, o que é mau, não acho que esteja relacionado com o mau profissionalismo, mas com a escassez de tempo (...) O tempo, é uma das minhas grandes dificuldades, ensinamos o básico, por falta de tempo (...) E7*

De seguida, a segunda categoria *Falta da presença da família* foi referida por quatro enfermeiros, como é evidente nestas citações:

(...) *nem sempre é possível ter a presença das famílias, nem sempre tem disponibilidade, (...) necessitamos do apoio da família (...) E1*

(...) *Por vezes é complicado fazer ensino aos familiares, pela falta de disponibilidade, da parte da família. (...) E3*

A terceira categoria *Falta de recursos humanos*, é mencionada por dois enfermeiros:

(...) *A falta de recursos humanos. (...) E1; E4*

Na quarta categoria *Falta de formação*, é também referida por três enfermeiros, como se pode observar nestas citações:

(...) *Mais formação, já não me lembra quando foi a última vez que tivemos formação. (...) E1*

(...) *Formação, a falta de formação. (...) E3*

Relativamente à quinta categoria *Falta de motivação*, foi mencionada por três enfermeiros:

(...) *As dificuldades relativamente a mim podemos vir pouco motivada, podemos não estar tão atenta a certas dificuldades e dúvidas dos doentes, e não estou tão atenta à EPS; (...) E4*

(...) *as vezes até a mim, me falta a motivação (...) E5*

(...) *Nenhum de nós está motivado (...) E6*

A última categoria *Falta de apoio organizacional*, é apontada por dois enfermeiros:

(...) *a instituição devia-nos ouvir mais, temos pouco pessoal, poderiam colocar mais enfermeiros numa Medicina e retirar de outros serviços com menos necessidades (...) E4*

(...) *Principalmente agora que tudo está interligado à ULSAM. Agora somos a mesma instituição. Devíamos estar mais articulados e ainda estamos muito afastados. (...) Mais apoio da instituição (...). não há apoio por parte da instituição (...) E6*

Tabela 7 - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidado

| Enfermeiros | Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | | | | | |
|-------------|---|------------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|-------------------------------|
| | Falta de disponibilidade de tempo | Falta da presença da família | Falta de recursos humanos | Falta de Formação | Falta de motivação | Falta de apoio organizacional |
| E1 | X | X | X | X | | |
| E2 | X | X | | | | |
| E3 | X | X | | X | | |
| E4 | X | | X | | X | X |
| E5 | X | | | | X | |
| E6 | X | X | | | X | X |
| E7 | X | | | X | | |

1.8. Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

Muitas são as necessidades encontradas pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa diabética e família. Neste sentido, procuramos conhecer e identificar as necessidades dos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família na unidade de medicina.

Após a análise de conteúdo das entrevistas, surgiram três categorias, conforme se pode observar na tabela 8: *Recursos humanos*, *Recursos materiais* e *Espaço para realização da EPS*. No que diz respeito à categoria *Recursos humanos*, quatro enfermeiros apontam a ausência destes recursos, conforme é constatado nas seguintes citações:

(...) *precisamos de mais gente para trabalhar, pois os elementos saem do serviço e não são substituídos* (...) E2

(...), *mais recursos humanos* (...) E3

(...) *colocar mais enfermeiros numa medicina*(...) *temos pouco pessoal* (...) E4

A segunda categoria *Recursos materiais*, é descrito por cinco enfermeiros, tal como evidenciam as seguintes citações:

(...) *Deveria de haver panfletos, seria importante.* (...) E2

(...) *Falta de material* (...) E3; E5

(...) *Falta de material, por exemplo: kit de pesquisas de glicemias, não temos, e temos de pedir á consulta externa e perdemos muito tempo* (...) E4

O Espaço para realização da EPS, é a última categoria, que foi referido por quatro enfermeiros, como é evidente nestas citações:

(...) penso que devia existir um local para os ensinos, pois na enfermaria não é o local adequado, num ambiente que sabíamos que não seríamos ser interrompidos.(...) Seria também interessante, reunir um grupinho de diabéticos, no serviço, numa sala para EPS, (...) aproveitar os diabéticos internados, junta-los mais a família e fazer ensino de grupo (...) para partilha de informação e experiências de vida, poderia ser uma vez por semana, por exemplo, teríamos de ter uma pessoa para fazer formação, (...) E4

(...) Um local próprio para fazer o ensino, fazer um ensino ao doente e família num local mais apropriado, acho que é um assunto um bocado íntimo, para estar a falar á frente de todos os doentes na enfermaria (...) E5

(...) Há muitos doentes diabéticos, (...) Numa sala para fazer uma sessão, é capaz de se fazer para cinco pessoas e ter-se-ia de se fazer várias vezes por semana. (...) E6

Tabela 8 - Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| Enfermeiros | Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | | |
|-------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| | Falta de recursos humanos | Falta de recursos materiais | Espaço para realização da EPS |
| E1 | X | X | X |
| E2 | X | X | |
| E3 | | X | |
| E4 | X | X | X |
| E5 | | X | X |
| E6 | | | X |
| E7 | | X | |

1.9. Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

A prestação de cuidados de enfermagem suscita sempre, muitas opiniões centradas á volta da qualidade dos cuidados prestados, por diversos fatores. De acordo com Lopes e Nunes (1995), os profissionais de enfermagem regem-se segundo um código deontológico e suas diretrizes,

mas dependem sempre da sua consciência individual e moral, promovendo o cuidar especializado, racional e científico, com exigência ética. Neste contexto, pretende-se conhecer a opinião dos enfermeiros centrada nos cuidados prestados à pessoa diabética e família numa unidade de medicina. Da análise de conteúdo dos discursos dos entrevistados, referentes a esta temática, emergiram duas categorias: *Suficientes* e *Insuficientes*, conforme se pode ver na tabela 9.

No que concerne à primeira categoria *Suficientes*, é mencionado por seis enfermeiros, como se pode observar nas seguintes citações:

(...) *Os cuidados que prestamos são os mais essenciais, o que é necessário, claro que não é o ideal, mas mesmo assim prestamos bons cuidados de saúde* (...) E1

(...) *Os cuidados, são bons com qualidade, mas não de excelência.* (...) E2

(...) *Faz-se o essencial, e acabamos por dar prioridades.* (...) E3

(...) *“Os cuidados, considero cuidados com qualidade, os melhores possíveis, com as condições que a instituição nos dá.* (...) E4

Na segunda categoria *Insuficientes*, é referido por três enfermeiros:

(...) *Os cuidados prestados ficam muito de lado para o doente diabético ou outro doente.* (...) E3

(...) *São cuidados insuficientes, (...) não em ambiente apropriado, feito um bocado por vezes á pressa; por vezes não temos bem a perceção se o doente terá bem adquirido os conhecimentos.* (...) E6

(...) *Escassos, são muitos escassos* (...) E7

Tabela 9 - Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| Enfermeiros | Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados | |
|-------------|---|---------------|
| | Suficientes | Insuficientes |
| E1 | X | |
| E2 | X | |
| E3 | X | X |
| E4 | X | |
| E5 | X | |
| E6 | | X |
| E7 | X | X |

1.10. Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família

Os enfermeiros devem assegurar as condições que permitam exercer a sua profissão com dignidade, autonomia, e direito em manifestar-se ou promover sugestões, relativo a questões de ordem institucionais e deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados, promovendo a melhoria da prestação de cuidados (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, Código Deontológico do Enfermeiro).

Nesta temática, pretendemos conhecer as sugestões dos enfermeiros face à melhoria da continuidade dos cuidados de enfermagem à pessoa diabética e família.

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram quatro categorias, conforme se pode observar na tabela10: *Formação, Aumento de recursos humanos, Aumento de recursos materiais e Maior articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários.*

No que concerne à primeira categoria *Formação*, é apontada por todos os enfermeiros, conforme se pode observar nas seguintes citações:

(...) *E formação, devemos ter formação contínua, quer seja no serviço ou no departamento de formação, devíamos ter mais formação (...)* A diabetes é uma doença crónica, tem muitas consequências, por isso devia-se investir nos ensinamentos. (...) E4

(...) *mais formação, imensas coisas novas a sair e não há formação, medicação que sai e técnicas novas. E principalmente no nosso serviço que temos uma grande incidência de doentes diabéticos, e temos muitos diabéticos novos de idade, acho que devemos ter formação.* (...) E5

Relativamente à segunda categoria *Aumento de recursos humanos*, mais uma vez, foi referido por todos os enfermeiros, como podemos constatar nestas afirmações:

(...), *reforço de recursos humanos, (...), e prestar cuidados de enfermagem com qualidade,* (...) E1

(...) *mais gente, mais enfermeiros e auxiliares de ação médica. E voltamos sempre ao mesmo, precisamos de mais gente para trabalhar.* (...) E2

(...) *Nesta fase, sinto que precisamos de mais pessoal, mais enfermeiros, (...)* mais apoio de nutrição, ter um elemento sempre presente no serviço, como a assistente social; (...) E4

(...) *contratação de enfermeiros, para prestar cuidados de qualidade, tem de ser.*(...) E6

De acordo com a terceira categoria *Aumento de recursos materiais*, seis enfermeiros referiram, como descrevem nas seguintes citações:

(...) *que são as mesmas, mais recursos materiais*(...)E3

(...) *panfletos no serviço que não há* (...) E4

(...) *A hipótese de haver um panfleto escrito (...)* um género de um guia orientador, de todos os assuntos sobre a diabetes, poderíamos adaptar para aquele doente e família(...)Seria importante ter um guia orientador sobre as diabetes. (...) E6

A *Maior articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários* é a última categoria, em que é mencionada por três enfermeiros:

(...) os cuidados de saúde primários terem acesso ao processo de enfermagem, existente no meio hospitalar, o que será o ideal para a continuidade de cuidados(...) E1

(...) Devíamos estar mais articulados e ainda estamos muito afastados para definir métodos de trabalho; (...) a falta de articulação dos centros de saúde e o hospital, quer de um lado como para o outro, porque do centro de saúde que existem coisas novas e não nos transmitem, e que era importante que isso acontecesse. (...) Procedimentos hospitalares, para uma organização de trabalho; importante que a articulação dos cuidados fosse mais eficaz, nas áreas diferentes de intervenção. (...) E6

(...) Uma das coisas que nos falta muito é a articulação com os cuidados de saúde primários. Porque a informação deve ser articulada. Deve ser utilizada a mesma linguagem, e os mesmos procedimentos. (...) E7

Tabela 10 - Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família

| Enfermeiros | Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família | | | |
|-------------|--|------------------------------|--------------------------------|--|
| | Formação | Aumento dos recursos humanos | Aumento dos recursos materiais | Maior articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários |
| E1 | X | X | X | X |
| E2 | X | X | X | |
| E3 | X | X | X | |
| E4 | X | X | X | |
| E5 | X | X | X | |
| E6 | X | X | X | X |
| E7 | X | X | | X |

CAPÍTULO V
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Embora no capítulo anterior tenham sido apresentados e analisados os dados encontrados ao longo do percurso de investigação, impõe-se a discussão dos resultados de forma a tecermos algumas reflexões e sistematizarmos algumas ideias que consideramos importantes e que se relacionam com a problemática do estudo e os objetivos.

Neste sentido, centramos a nossa discussão á volta das áreas temáticas: Cuidados prestados à pessoa diabética e família; EPS realizada pelos enfermeiros à pessoa diabética e família; Estratégias e os momentos utilizados pelos enfermeiros na realização da EPS; Avaliação utilizada pelos enfermeiros na EPS; Dificuldades e necessidades dos enfermeiros no cuidar da pessoa diabética e família; Opiniões dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família; e sugestões dadas pelos enfermeiros, para a melhoria da continuidade dos cuidados à pessoa diabética e família.

Cuidados de Enfermagem Prestados à Pessoa Diabética e Família na Unidade de Medicina, numa Perspetiva de Continuidade de Cuidados

Os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros incidem essencialmente em *Cuidados técnicos, Cuidados educacionais, Cuidados relacionais e Cuidados de continuidade*.

Em relação aos cuidados técnicos, os enfermeiros salientam como cuidados fundamentais as pesquisas de glicemia capilares, a administração de insulina, cuidados de higiene e conforto e avaliação de sinais vitais. Constatamos que estes enfermeiros centravam o seu cuidar num modelo essencialmente biomédico, dando assim resposta a uma gestão economicista dos serviços de saúde. No entanto há enfermeiros que procuram “combater” esta gestão que preconiza a produtividade em detrimento da qualidade e procuram através dos cuidados educacionais, a pessoa diabética adira ao tratamento, promovendo o seu empowerment. Conforme refere Oliveira (2004), as doenças crónicas colocam um grande desafio à lógica economicista da gestão dos serviços de saúde, pelo fato de os profissionais terem que passar mais tempo junto do doente e família para o ouvir, orientar, e educar.

Mesmo perante esta gestão que preconiza um modelo muito centrado na cura os enfermeiros reconhecem a necessidade de cuidados relacionais como fonte de suporte contribuindo para a orientação e ajuda no controle da sua diabetes. Neste sentido, é promovido o “*acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associados aos seus conhecimentos naturais, científicos e às competências técnicas*”, conforme salienta Hesbeen (2001). Verificamos que os enfermeiros procuram ajudar a pessoa diabética a ter capacidade para gerir a doença de forma adequada, bem como, procuram envolver o convivente significativo.

Hesbeen (2000), afirma que: “*o cuidado tem a ver com a atenção. O cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento*” (p.9).

Os cuidados relacionais referidos pelos enfermeiros, centram-se em torno das respostas às necessidades psicológicas e às necessidades emocionais. Assim, podemos referir que pelos resultados encontrados parece que existe por parte dos diabéticos uma forte necessidade de acompanhamento. As respostas às necessidades emocionais apontadas pelos enfermeiros, centram-se na relação interpessoal com a pessoa diabética e sua família pelo fato de esta doença envolver um processo de aceitação da doença pelo familiar e pessoa diabética, Em relação às respostas das necessidades psicológicas, os enfermeiros reconhecem que a motivação é um fator decisivo para o empower da pessoa diabética e consequentemente para a aceitação da família. Boavista (1997) refere que *“a motivação, no sentido psicológico, é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento, visando a satisfação de uma ou mais determinadas necessidades”*(p.20).

No que concerne aos cuidados de continuidade, mencionados pelos enfermeiros, este procuram que a pessoa diabética e família continuem a receber cuidados e neste sentido efetuam determinados cuidados como a realização da carta de alta e a carta de transferência, encaminhando e orientando assim a pessoa diabética e família. A Ordem dos Enfermeiros (2003, p.149), salienta que o enfermeiro deve ter a capacidade de referenciar as *“situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados”*. Assim, é necessário também que para que haja mudanças, que o enfermeiro considere que a EPS é um aspeto imprescindível no sucesso da adesão e gestão do regime terapêutico.

EPS Realizada pelos Enfermeiros na Unidade de Medicina à Pessoa Diabética e Família, numa Perspetiva de Continuidade de Cuidados

Relativamente á EPS esta faz parte do plano de intervenção dos enfermeiros junto da pessoa diabética e família. *“O exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a inserção social”* (OE, 2003).

Os enfermeiros do nosso estudo centram a EPS em torno de duas vertentes: os *aspetos técnico e teóricos*. Dentro dos *aspetos técnicos*, focam-se essencialmente na administração de terapêutica e no manuseamento dos instrumentos avaliativos.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2011), refere que os enfermeiros *“procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos”*. Neste sentido, *“a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades*. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo) (OE, 2003).

Nos aspetos teóricos, os enfermeiros abordaram três pontos fundamentais: a diabetes, a alimentação e exercício físico que engloba os estilos de vida saudáveis.

Segundo Couto e Camarneiro 2002) a EPS é como *“uma componente essencial dos cuidados de Enfermagem que visa a promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como adaptação aos efeitos da doença”*, que auto capacita a pessoa diabética para tomar a sua própria decisão terapêutica, e controlo, e aceitação da sua doença.

Neste sentido, os enfermeiros devem *“orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação de saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias”* (OE, 2011).

Podemos dizer que é fundamental que se implementem programas educacionais envolvendo a pessoa diabética e a família, se quisermos melhorar e ajudar a um processo de aceitação da doença, prevenindo deste modo os reinternamentos e por conseguinte um melhor nível de saúde.

Estratégias Utilizadas pelos Enfermeiros na EPS à Pessoa Diabética e Família

O facto de se verificar que existem pessoas que conseguem modificar comportamentos chamou-nos a atenção para irmos perceber e conhecer quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para envolver a pessoa diabética e família na EPS.

Verificamos que as estratégias mobilizadas compreendem varias etapas sequenciais, racionais e analíticas que envolvem um conjunto de critérios, objetivos baseados na análise e tomada de decisão para auto capacitar a pessoa diabética, no processo de recuperação até restabelecimento de equilíbrio. As estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros são: *o Envolvimento do doente, Envolvimento da família e Envolvimento da equipa multidisciplinar*. Eles consideram que estas estratégias têm influência no processo de adesão terapêutica e para uma continuidade de cuidados mais segura e responsável. Segundo George (1993) *“ a assistência de Enfermagem, ou intervenções, é delineada pelo modelo como aquela que promove as respostas adaptativas em situações de saúde e de doença”* (p.211).

Momento Utilizado pelos Enfermeiros na Realização da EPS à Pessoa Diabética e Família, numa Perspetiva de Continuidade de Cuidados

Um dos fatores destacados por este estudo e que tem influência no processo de empower e para a continuidade de cuidados diz respeito ao momento utilizado pelos enfermeiros na realização de EPS. Pelos resultados encontrados verificamos que grande parte dos enfermeiros utilizam não um momento específico mas realizam a EPS quando prestam cuidados essencialmente técnicos.

Se por um lado tem vantagem pelo fato de poderem demonstrar os cuidados por outro há a falta do envolvimento da família, a falta de disponibilidade e a falta de tempo para o fazer. Pensamos que a falta de programação e de um momento específico é um grande condicionante ao sucesso terapêutico.

Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

A diabetes pertencendo ao grupo das doenças crónicas, exige ao enfermeiro apoio e educação para a saúde para que a pessoa diabética se adapte à sua doença e aprenda a enfrentar os constrangimentos que vão surgindo no seu quotidiano. Conforme refere Correia et al (2001) o enfermeiro deve ser um agente promotor da mudança e facilitar a *“autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando, a partir da célula familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento”* (p.78). Neste sentido, as metodologias utilizadas pelos enfermeiros na realização da educação para a saúde deve atender ao processo de avaliação e intervenção. A fase de avaliação de necessidades determina a natureza de uma necessidade e motivação para aprender, e as metas são mutuamente estabelecidas com o utente (Redman, 2002).

Os enfermeiros do nosso estudo utilizam métodos interativos e expositivos na EPS que realizam à pessoa diabética e família na unidade de agudos. O seu grande objetivo visa promover o conhecimento da pessoa diabética e família acerca da doença e sobretudo acerca da terapêutica e sua utilização. Os métodos expositivos consistem essencialmente na transmissão oral individualizada de forma a melhorar a adesão terapêutica.

Mas diz-nos Esposito (1995), no seu estudo que as pessoas diabéticas a quem tinha sido proporcionado por escrito todos os dados relativamente à toma dos medicamentos, comparativamente a outros a quem foi dada informação apenas oralmente, tiveram menos erros na toma dos medicamentos.

Relativamente aos métodos interativos os enfermeiros procuram centrar a sua prática na pessoa diabética e família de forma a responderem às necessidades de cada um. Procuram deste modo, aumentar a participação da pessoa diabética através da interação, identificando necessidades, dificuldades, e capacidades da pessoa diabética, contribuindo para o seu empowerment e da família.

Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

A exigência que o tratamento e controlo da diabetes obrigam, implica de facto uma avaliação dos resultados obtidos para que haja uma continuidade de cuidados. Neste sentido o enfermeiro deve identificar *“as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou grupo”*, Redman (2002).

A avaliação deve ocorrer ao longo do processo da EPS, monitorizando assim as metas a alcançar, a necessidade de aprendizagem, a motivação, o estabelecimento dos objetivos com a pessoa diabética e reensino se necessário (Redman, 2002).

Os enfermeiros do nosso estudo procuram realizar a avaliação dos resultados através de uma avaliação sistemática e envolvimento da pessoa e família nos cuidados.

Na avaliação sistemática, os enfermeiros intervêm de acordo com o diagnóstico de necessidades, conhecimentos e treino de habilidades, em que “*o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual*” (OE, 2001), são fatores necessários para a avaliação da EPS. Procuram para isso, centrarem-se em determinados fatores como o conhecimento adquirido ao longo do internamento, a participação e a motivação da pessoa diabética e família bem como o feedback existente.

Neste sentido, os enfermeiros demonstram reconhecer a individualidade de cada um e procuram promover a autonomia.

Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

Todos os enfermeiros encontram dificuldades diárias, na prestação de cuidados. As dificuldades com que os enfermeiros se deparam no seu quotidiano profissional são de variada ordem, nomeadamente: pessoais (défice de motivação), organizacionais (sobrecarga de trabalho, défice de recursos humanos, metodologias de trabalho assente em modelos biomédicos), da pessoa diabética e família (não aceitação da doença, indisponibilidade da família. Para Deci et al (2004), os enfermeiros que conseguem estabelecer um relacionamento sustentador da autonomia com a pessoa diabética e família conseguem atingir metas relacionadas com o tratamento da doença, gestão da doença e prevenção de complicações.

Pensamos, que tudo isto nos leva a uma reflexão mais profunda sobre o cuidar em enfermagem, afastando uma postura que até menos de duas décadas atrás era de total conformismo e aceitação de imposições, incluindo-se aí as condições de trabalho (Rodrigues, 2001).

Igualmente ressaltada é a questão da falta de motivação, o que não é desprovido de sentido, uma vez que segundo Anjos, (1991) “*a motivação gera uma tensão que orienta a conduta e sustenta a catividade em direção ao objetivo que se pretende atingir*” (p.28). Parece-nos que a motivação assume cada mais relevância, nomeadamente, no aumento de autonomia, desenvolvimento pessoal e auto realização dos profissionais. Como refere Chiavenato, citado por Boavista (1997) “*a motivação, no sentido psicológico, é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento, visando a satisfação de uma ou mais determinadas necessidades*” (p.20).

Neste contexto, os enfermeiros sempre assumiram a “*responsabilidade de atender e cuidar os indivíduos quando as suas condições e recursos os impossibilitavam de tomar conta de si mesmos*” (Manteigas, 1997).

Os enfermeiros estão despertos para as dificuldades existentes no cuidar da pessoa diabética e família nesta unidade de agudos.

Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

Os enfermeiros identificam necessidades ao cuidar da pessoa diabética e família na unidade de agudos, salientando as mais prementes: a existência de um espaço próprio para a realização de EPS; mais recursos humanos para um cuidarem centrado na pessoa e família e mais recursos materiais.

As necessidades são assim, um reflexo de sentimentos expressos pelos enfermeiros. O enfermeiro como pessoa *"é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...) e influenciado pelo ambiente no qual vive e se desenvolve, qualquer que seja o modelo, e as necessidades da pessoa"* (OE, 2009).

Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

A prestação de cuidados de enfermagem suscita sempre muitas opiniões centradas á volta da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com Lopes e Nunes (1995), os profissionais de enfermagem regem-se segundo um código deontológico e suas diretrizes, mas dependem sempre da sua consciência individual e moral, promovendo o cuidar especializado, racional e científico, com exigência ética.

A opinião dos enfermeiros relativamente aos cuidados prestados à pessoa diabética e família foram referidos como *cuidados suficientes e insuficientes*.

Os profissionais de enfermagem devem assegurar as condições que permitam exercer a sua profissão com dignidade, autonomia, e direito. Mas também devem manifestar-se ou promover sugestões, relativo a questões de ordem institucionais e deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados, promovendo a melhoria da prestação de cuidados.

Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família

As sugestões dos enfermeiros face à melhoria da continuidade dos cuidados de enfermagem à pessoa diabética e família foram: *formação, aumento de recursos humanos, aumento de recursos materiais e maior articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários*. Neste contexto deve ser avaliado, *"a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; ao número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; e à existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade"* (OE, 2001).

Os enfermeiros do nosso estudo salientam a formação como fator essencial para a mudança e melhoria dos cuidados de enfermagem com qualidade. Dos entrevistados, três apontam para a

prioridade da articulação dos cuidados hospitalares e cuidados dos centros de saúde, e referem a necessidade da informação ser articulada, com a mesma linguagem, para a continuidade de cuidados. O hospital como organização institucional está em constante mutação exigindo cada vez mais dos seus trabalhadores uma maior intervenção, que assuma responsabilidades, que tome iniciativas, e que oriente o seu próprio trabalho (Freire, 1999).

Parece-nos então que cada pessoa não deve viver à margem das decisões das empresas limitando-se a executar o que lhe é pedido, mas deve constituir-se um elemento ativo, que toma decisões no seu contexto de trabalho e que é chamado a participar nos objetivos da instituição onde está inserido.

Neste sentido, "*às instituições de saúde, compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade*" (OE, 2001), não se esquecendo que os enfermeiros são técnicos de saúde fundamentais, que agem como um agente de mudança.

2. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

Neste estudo, pode-se concluir que os enfermeiros são um pilar fundamental na “travagem” das complicações da diabetes mellitus, uma epidemia do século XXI, utilizando como estratégia de cuidar a EPS. Devem utilizar modelos de EPS que se centrem na pessoa, de forma a promover o empower e minimizar as complicações. Um cuidar centrado na pessoa diabética e família exige dos enfermeiros um modelo de cuidados holísticos onde a componente relacional deve sobrepor-se ao cuidado instrumental.

Verificamos que os enfermeiros efetivamente reconhecem a necessidade de envolver a pessoa diabética e família no seu cuidar, no entanto salientam que a gestão economicista vigente prejudica um cuidar mais holístico. Emerge assim, a necessidade de procurar "erradicar" esta gestão economicista que aposta mais num cuidar instrumental que humanístico.

Verificamos também que há necessidade de operacionalizar mudanças/ inovação das práticas dos enfermeiros, nomeadamente a nível da educação terapêutica da pessoa diabética e família para que haja continuidade de cuidados de forma efetiva. Podemos dizer que é fundamental que se implementem programas educacionais, envolvendo a pessoa diabética e a família, para o sucesso de um processo de aceitação da doença prevenindo deste modo os reinternamentos e por conseguinte um melhor nível de saúde.

Salientou este estudo que os enfermeiros que conseguem estabelecer um relacionamento sustentador da autonomia com a pessoa diabética e família, conseguem atingir metas relacionadas com a prevenção e o tratamento da doença, gestão da doença e prevenção de complicações.

Parece-nos poder dizer que a doença crónica como a diabetes, exige uma mudança do paradigma de cuidar, da gestão e organização institucional para que promova a co-responsabilização das pessoas diabéticas no seu processo de controlo de doença.

Os enfermeiros têm um papel predominante junto da pessoa diabética e família na sua referenciação para os cuidados de saúde primários, bem como ser um elo de ligação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários.

Há uma exigência que se coloca aos enfermeiros como seja uma tomada de decisão partilhada, uma comunicação franca e efetiva bem como uma monitorização, avaliação e reavaliação do seu processo de intervenção junto da pessoa diabética e família.

Verificamos ainda, que o confronto diário com a pessoa diabética e família desperta muitas vezes no enfermeiro sentimentos de impotência e reconhecimento dos seus próprios limites. No minimizar desta situação o enfermeiro sente necessidade de formação de forma a desenvolver competências na área da comunicação.

O objetivo deste estudo foi não só conhecer a realidade atual, mas também, dar algumas sugestões para novas formas de agir.

Assim apresentamos de seguida algumas sugestões para um cuidar da pessoa diabética e família baseada nos princípios de um cuidar humano, como:

- Criar momentos de reflexão crítica em reuniões de equipa de enfermagem, para

análise e discussão de casos clínicos e partilha de experiências;

- Promover a articulação entre os elementos da equipa multidisciplinar existentes;
- Sensibilizar e motivar os enfermeiros para a EPS;
- Criar momentos formativos em serviço, em áreas consideradas fundamentais para proporcionar o empower como: Educação terapêutica na pessoa diabética e família;
- Criar um plano de intervenção adequado para a pessoa diabética e família.

Espera-se que este estudo, sirva de base, para a reflexão dos que vivenciam esta problemática nos seus contextos de trabalho e que provoque uma consciencialização dos profissionais de enfermagem e técnicos de saúde, para a grande problemática que enfrentamos neste século: a diabetes.

Que provoque em quem ler esta dissertação, um despertar de consciência para a problemática da pessoa com diabetes e que haja uma abertura para adotar novas dinâmicas de cuidar. Cada um de nós deve ser agente de mudança nos contextos de cuidar, para isso pensamos que a realização de outros estudos nesta área seria importante.

Desta forma mais do que uma chegada este estudo constitui um ponto de partida para o alcance de novas formas de cuidar.

Salientamos ainda, que por se tratar de um estudo de caso de forma alguma podemos fazer generalizações.

Foi importante a realização deste estudo, pela possibilidade que proporcionou de aprofundar conhecimentos numa área que muito agrada ao mestrando e porque também pensamos que este estudo poderá dar fortes contributos para a prática de cuidados em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget, p. 93. ISBN 972-9295-86-7;
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto editora;
- American Diabetes Association. (2003). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2002. *Diabetes Care*, 26: 3, 917-932;
- Anderson, R.; Funnell, M. (2002). *Using the empowerment approach to help patients change behavior. Practical Psychology for Diabetes Clinicians*. 2ªed., American Diabetes Association;
- Andrade, G.; Grilo, A. M. (2004). A relação de ajuda na prestação de cuidados de saúde. *Nursing*, 196 (16), p.213;
- Anjos, L. et al. (1991). O auto-conceito do enfermeiro e a sua motivação para a mudança. *Enfermagem em Foco*. Lisboa, 4, p. 27-38;
- Araújo, B. (2002). Relação de Ajuda. *Servir*. Lisboa. Vol. n.º 50, n.º 2, Março / Abril, p. 56-61;
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, p. 42-117;
- Boavista, A. (1997) Motivação... Por onde andas? *Informar*. Porto, 10, p. 20-23;
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora;
- Cardoso, S. (2007). Estudo da Prevalência da Hiperglicemia Pós Prandial em Vila Real (Estudo GLIPP). *Revista Portuguesa de Diabetes*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Vol. 2, N.º 1 (Março);
- Carvalho, M. (2010). *Diabetes mellitus: passado, presente e futuro*. In: *Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. (2010). Diabetes uma abordagem global*. Lisboa: Euromédice;
- Cassmeyer, V. (1995). *Intervenções junto das pessoas com diabetes "mellitus" e hipoglicemia*. In: *Philipps, W. et al. (1995) Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta, 2ªed;
- Cerqueira, M. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo*. Coimbra: Formasau;

Collière, M. (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*. Camarate: Lusociência;

Collière, M. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa, Porto, Coimbra. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP). Lidel: Edições Técnicas, p.27-235;

Couto, L. (1992). *O papel da enfermeira na educação do diabético*. Coimbra: Associação dos diabéticos da Zona Centro;

Couto, L., Camarneiro, A. (2002). *Desafios na diabetes*. Lisboa: Formasau;

Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P.; Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (2), 75-82;

Costa, C., et al. (2003). *Adequação dos cuidados hospitalares*. In *Encontro Nacional de Economia da Saúde*. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde;

Deci, L.; Williams, C; Macgregor, A; Zeldman, A; Freedman, R. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management. *Health Psychology*, Vol.23 (1), 58-66;

Decreto. Lei nº161/ 96, de 4 de Setembro. Diário da República nº 205/1996. *Regulamento do exercício profissional do Enfermeiro (REPE)*. Lisboa. Recuperado em 30 de Março 2011, pelas 14 horas: [Http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf);

Decreto. Lei nº104/98, de 21 de Abril - *Código Deontológico do Enfermeiro, artigo nº 88d*. Lisboa. Recuperado em 25 de Setembro de 2012, pelas 20 horas:
[Http://ldf.planetaclix.pt/codigo/enf.htm](http://ldf.planetaclix.pt/codigo/enf.htm);

Decreto. Lei n.º101/2006, de 6 de Junho - *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. Recuperado em 25 de Outubro de 2012, pelas 22 horas.
[Http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf](http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf);

Decreto. Lei n.º 161/96 – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. “Diário da República” I-A Serie, n.º 205/96 (1996-09-04), p. 2959-2962;

Esposito, L. (1995). The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population. *Journal of Advanced Nursing*, 21,935-943;

ERS. (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Entidade Reguladora da Saúde. Recuperado em 20 de Agosto de 2012, pelas 16horas:

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final;

Figueiredo, M. (1995). Ética e Investigação em Enfermagem. *Sinais Vitais*. Lisboa. n.º2, Fevereiro, p.19-24;

Fortin, M. (1999) - *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5.ª ed. Loures: Lusociência, p. 21-306;

Freire, M. (1999). *Comunicação, comportamento humano e empresa*. Portalegre: Escola Superior de Tecnologia e Gestão;

Frias et al (2011). Diabetes Mellitus Tipo 2: Conhecimento e Risco – Estudo numa População sem Diagnóstico de Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 6 (4), 148-153;

Fuster, O. et al. (2004). Excess hospitalizations, hospital days and impatient costs among people with diabetes in Andalusia, Spain. *Diabetes Care*, 27:8, 1904-1909;

Gabinete de Administração em Saúde e Epidemiologia. (2011). Proposta de Plano Estratégico 2011-2013. Unidade de Saúde Pública do Alto Minho;

Gardete, C. et al (2010). *A diabetes em Portugal, PREVADIAB Estudo de Prevalência*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia;

Gardete, C. (2009). *Diabetes 2009: factos e números*. Lisboa: Observatório Nacional da Diabetes. Recuperado em 09 de Junho de 2011, pelas 9 horas: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatoriodiabetes.htm>

Grande, N. (2001). *Ética e Deontologia*. Porto: ICBAS;

George, J. (1993). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 211;

Gonçalves, M. et al. (2002). Cuidar da pessoa com ferida cirúrgica. *Sinais Vitais*. N.º 40, p. 39-41. ISSN 0872-8844;

Hanson, S. (2005) *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência;

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa*

perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, p.9-72;

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência;

Heisler, M. (2005). Helping your patients with chronic disease: effective physician approaches to support self-management. *Seminars in Medical Practice*;

Hennezel, M. (1997). *Diálogo com a morte. Os que vão morrer ensinam-nos a viver*. Lisboa: Edições Notícias;

Internacional Diabetes Federation (2009). *O Diabetes Atlas*. Federação Internacional de Diabetes;

João Paulo II. (1994). *Cartas às Famílias. Ano da Família*. Editora Rei dos Livros: Lisboa;

Lancaster, S. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusodidacta, p.493;

Lessard-Hérbert, M. (1994). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget;

Lisboa., M.; Duarte, R. (1997). *Classificação e Diagnóstico*. In: Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 2.ª ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Limitada, p. 3;

Lisboa, P.; Pape, E. (2004). Encontro com o especialista – Actualidades das sulfonilureias na terapêutica da diabetes tipo 2. *Paciente Care*, suplemento Setembro;

Lopes, A; Nunes, L. (1995). Enquadramento da Ética na Enfermagem. *Servir*. Lisboa. 43 (6), Nov. / Dez;

Manteigas, A. (1997) O Enfermeiro e a Ética. *Servir*. Lisboa. 45 (6), Nov./Dez;

Mcfarlane, J.; Castledine, G. (1988) *Guia para a Prática da Enfermagem: O Processo de Enfermagem*. Lisboa: (s.n.), Printer Portuguesa, p.19;

McKenna, G. (1994) Cuidar é a essência da prática da enfermagem. *Nursing*, n.º 80, p. 36. ISSN 0871-6196;

Miguel L. et al (2012). Diabetes e Cognição – Rastreio numa População Diabética. *Revista*

Portuguesa de Diabetes, 7 (1), 4-7;

Moreira, I. (2001). O doente terminal em contexto familiar, uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família. *Edições Sinais Vitais*: Coimbra, p. 25;

Observatório Nacional da Diabetes (2010). Diabetes: *Factos e Números 2010 - Relatório do Observatório Nacional da Diabetes*. Recuperado em 30 de Setembro de 2011, pelas 15.25: <http://www.min-saude.pt>;

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). *Desafios em tempo de crise – Relatório de Primavera 2010*. Recuperado em 1 de Outubro, de 2011. Disponível em: <http://www.min-saude.pt>;

Oliveira, C. (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne Editora;

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Conselho de Enfermagem. Padrões de Qualidade de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem de Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Conselho de Enfermagem. Competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem de Enfermeiros, p.149;

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Conselho de Enfermagem- Caderno temático- Modelo de Desenvolvimento Profissional- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *REPE- Estatuto*. Lisboa: Ordem de Enfermeiros;

Organização Mundial de Saúde. OMS (1985). As metas da saúde para todos: Metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde;

Organização Mundial de Saúde. OMS (2002). *A Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI*. Recuperado em 5 de Abril de 2011: www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/portuguese2.pdf;

Pereira, A. ;Poupa, C. (2008). *Como escrever uma Tese, monografia ou livro científico usando o word*, 4.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.;

Pestana, M. (1996). A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto

multicultural. *Revista Portuguesa de Enfermagem*; Lisboa;

Polit, D.; Hungler, B. (2004). *Pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes médicas;

Portugal. Ministério da Saúde. (2011a). Carga Global da Doença na Região Norte de Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte;

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2002). Actualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus. Circular Normativa nº 09/2002 de 04.07.2002. Lisboa: DGS;

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2011b). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma nº 002/2011 de 14.01.2011. Lisboa: DGS;

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Norma nº 014/2000 de 12.12.2000. Lisboa: DGS;

Portugal. Ministério da Saúde. (1998). *Dossier Diabetes em conjunto objectivos comuns. Programa de controlo da Diabetes Mellitus*. Lisboa: DGS;

Portugal. Ministério da Saúde. (2009). Perfil de Saúde da Região Norte. Administração Regional de Saúde do Norte;

Portugal. Ministério da Saúde. (2010). Plano Nacional de Saúde. A qualidade dos cuidados e dos serviços 2011-2016. Lisboa: DGS, p.86;

Portugal. Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010. Lisboa: DGS;

Portugal. Ministério da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. Lisboa, DGS;

Portugal. Ministério da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Circular Normativa nº: 23/DSCS/DPCD, 14/11/07. Lisboa: DGS;

Portugal. Ministério da Saúde. (2006). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Artigo 6 do capítulo II do Decreto-lei nº101 /2006. Lisboa: DGS;

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais. Trajectos*. 5.^a ed. Lisboa: Gradiva - Publicações S.A.;

- Queirós, A. (2001) - *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Ramalho, A. et al (2012). Ensinar a cuidar da pessoa com diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 7, (1) Suppl, 72-79;
- Redman, B. (2002). *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ª ed. Loures: Lusociência;
- Reis, C. (1999). *Modelos de Saúde e Doença Alternativos ao Modelo Biomédico: O Sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Análise Psicológica, C.6, p.162;
- Reis, F. (2010). *Como elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor, p. 58-111;
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento, p.18-29;
- Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e Tratar - Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa (SEP);
- Riopelle, L. et al (1993). *Cuidados de Enfermaria. Aplicación del Proceso Enseñanza-Aprendizagem*. Madrid: Interamericana- Mcgraw-Hill, p.9-11;
- Rochon, A. (1996). *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson;
- Rodrigues, P.; Castedo, J. ; Carvalho, D. (2012). Estudo sobre Tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 1 no Internamento. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 7, (2), 72-79;
- Rodrigues, R. (2001). Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo, 6, p.76-82;
- Sagreira, L. (2002). *Diabetes no idoso*. In Duarte, R. *Diabetologia Clínica*. 3ª ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Limitada;
- Samuel, R. (1997). *Abordagem do doente com Diabetes Mellitus*. In: Goroll, A.; May et al. *Cuidados Primários em Medicina – Uma abordagem do paciente adulto em ambulatório*. 3ª ed. Lisboa: McGraw-Hill, p. 562-571;

Serrão, D. (2000). *Refundação do Sistema Nacional de Saúde*. In: *Fórum de Economia da Saúde*. Porto: Departamento de Clínica Geral e Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto. Fevereiro, p. 98;

Single, F. (2000). *O Eu, o Casal e a Família*. Lisboa: Dom Quixote;

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. (2010). *Diabetes uma abordagem global*. Lisboa: Euromédice;

Sorensen, L. (1998). *Enfermagem Fundamental. Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, p.398;

Stanhope M.; Lancaster J. (2010). *Enfermagem Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidacta;

Tones, K., Tilford, S. (1994). *Health education: Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman and Hall;

ULSAM> Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE> Homepage (2012). *Apresentação- Breve apresentação da ULSAM, EPE*. 17.07.2012, 16 h:
<http://.cham.min-saude/Apresenta%C3%A7%C3%A3/>;

Vieira, D. et al. (2012). Qualidade de vida e diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 7, (1) Suppl, 25-28;

Waldow, V.; Lopes, M.; Meyer, D. (1995) *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, p.21. ISBN 85-7307-060-9;

Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-moderna e Futura (Um novo paradigma de enfermagem)*. Loures: Lusociência, p. 52-59;

ANEXOS

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, EPE



COMISSÃO de ÉTICA

Concedo
13/04/2012

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, de um trabalho de projecto, do I Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária, sendo a investigadora, **Teresa Paula Barros Pereira Gonçalves**, Enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Saúde e cujo tema é: "**O Cuidador da Pessoa Diabética numa Unidade de Agudos**". Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido projecto.

A Comissão de Ética reunida em 16 de Abril de 2012

O Presidente da C. E.

(Dr. Pedro Meireles)

Teresa Paula Barros Pereira Gonçalves

ULSAM, EPE

Sede Social: Estrada de Santa Luzia - VIANA DO CASTELO - N.º P.C. 508 786 193 Capital Estatutário: 35 422 000,00 €
Endereço postal: Rua José Espregueira, 126 - 4901-971 VIANA DO CASTELO
Telf: 258 802 100 Fax: 258 802 511 - Linha Azul: 258 828 888

APÊNDICES

APÊNDICE I
GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

| OBJECTIVOS ESPECÍFICOS | QUESTÕES |
|---|--|
| 1. Identificar os cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa diabética e família na Unidade de Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Que cuidados presta à pessoa diabética e família numa perspetiva de continuidade de cuidados? • Para além da EPS que realizas, que outros cuidados presta? |
| 2. Identificar a educação para a saúde realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Que temas costuma abordar à pessoa diabética e família? • Qual o momento que utiliza para a realizar? Envolve a família neste processo? Se não porquê? • Que metodologia utiliza na realização da educação para a saúde? • Como avalia os resultados da sua educação para a saúde? Como avalias? Como costumava participar? |
| 3. Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Que dificuldades sente ao cuidar da pessoa e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados? |
| 4. Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Que necessidades sente ao cuidar da pessoa e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados? |
| 5. Identificar a opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados. | <ul style="list-style-type: none"> • Qual a sua opinião acerca dos cuidados que são prestados à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados? • Que sugestão daria, para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família? |

APÊNDICE II

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família na Unidade de Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Cuidados de enfermagem prestados à pessoa diabética e família na Unidade de Medicina, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|--------------------------|--|---|
| 1. Cuidados técnicos | <ul style="list-style-type: none"> Pesquisa de glicemia capilar | (...) <i>Faço a pesquisa de glicemia</i> (...) E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Administração de insulina | (...) <i>a administração de insulina</i> (...) E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Cuidados de higiene e conforto | (...) <i>presto os cuidados de higiene e conforto</i> , (...) E1 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos sinais vitais | (...) <i>avaliação da tensão arterial, pulso, temperatura, saturações de oxigénio</i> (...) E3 (...) <i>avaliação dos sinais vitais</i> (...) E4 |
| 2. Cuidados educacionais | <ul style="list-style-type: none"> Transmissão de informação técnica | (...), <i>manejo da caneta</i> , (...) E1 (...) <i>ensino da máquina de glicemia</i> (...) E2; E3; E4, E5, E7 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Transmissão de informação dietética | (...), <i>ensino de hábitos alimentares</i> , (...) <i>se cumprem a dieta em casa</i> , (...) E1 (...) <i>Educação sobre a alimentação</i> (...) E2; E3 (...) <i>se em casa faz uma dieta fraccionada, se cumpre a dieta</i> (...) E4 (...) <i>Ter atenção a alimentação se é adequado</i> (...) <i>hidratação com água, que é muito importante, na alimentação</i> (...) E5 (...) <i>o ensino dos alimentos em que podem comer</i> (...) E6 |
| 3. Cuidados relacionais | <ul style="list-style-type: none"> Resposta a necessidades psicológicas | (...) <i>A motivação e aceitação do doente são essenciais, pois daí depende todo o ensino</i> , (...) E1 (...) <i>mas é motivar o doente, pois os cuidados com a diabetes são essenciais, e somos nós que o incutimos</i> (...) E2 (...) <i>A motivação é muito importante, se o doente não está motivado temos de o respeitar e dar tempo</i> . (...) E3 (...) <i>A motivação é muito importante. Quer para o doente como para a família. Disso depende os ensinamentos</i> . (...) E4 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Respostas a necessidades emocionais | (...) <i>o apoio</i> , (...) <i>é fundamental</i> (...) <i>principalmente quando o doente tem conhecimento de uma diabetes inicial</i> , (...) E1 (...) <i>também da família ou amigos</i> (...) <i>apoios familiar</i> ; (...) E4 (...) <i>encorajar o doente em todo este processo porque não é fácil</i> (...) <i>também dou muita força e suporte ao doente, o apoio é fundamental</i> (...) E5 |
| 4. Cuidados continuidade | | (...) <i>Através da carta de alta e carta de transferência</i> (...) E1; E3; E7 (...) <i>A melhor forma de articular os cuidados de enfermagem, é através da carta de alta</i> (...) <i>A carta de alta é um meio com mais resultados</i> . (...) <i>e transferência de enfermagem</i> ; (...) E2 (...) <i>Através, da carta da alta e de transferência</i> . (...) <i>o registo dos valores de glicemia</i> (...) E5 (...) <i>Temos a carta de transferência</i> (...) <i>Se é um doente diabético que necessita de mais apoio o doente é referenciado para as equipas</i> . (...) E6 |

APÊNDICE III

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Educação para a saúde realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Educação para a saúde realizada pelos enfermeiros na Unidade de Medicina à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|---------------------|--|--|
| 1. Aspetos técnicos | • Administração de terapêutica | (...) a terapêutica, (...) E1 (...) Ensinos sobre as complicações da medicação (...) auto-administrar a insulina (...) E2 (...); ensino sobre a medicação da diabetes, insulina e antidiabéticos orais; (...) E3 (...) efeitos secundários dos medicamentos (...) E5 (...) Falo nos efeitos secundários da medicação, na importância de uma boa hidratação. (...) E7 |
| | • Utilização de instrumentos avaliativos | (...) ensino como utilizar um glicómetro, e suas instruções, (...) E1 (...) se sabe utilizar o glicómetro; (...) E4 |
| 2. Aspetos teóricos | • Diabetes | (...), há e muito importante, o que é a diabetes, e as suas causas e complicações (...) E1 (...) Falo sobre o que é a diabetes, e suas complicações (...) E5 |
| | • Alimentação | (...) A dieta, (...) E1 (...) a dieta; (...) a alimentação (...) E2 (...), dieta, entrego um plano instituído pela nutricionista, a importância das seis refeições por dia; (...) E3 (...) hábitos alimentares (...) dieta (...) E4 (...) sobre a alimentação, adaptado aos problemas de saúde que o doente apresenta, a quantidade de comida, o número de refeições por dia, hábitos alimentares a alterar; (...) E5 (...) O ensino da alimentação (...) E6 (...) Muito há base da alimentação (...) E7 |
| | • Exercício físico | (...) o exercício (...) os estilos de vida (...) E1 (...); mudança de estilo de vida; (...) E3 (...) se faz exercício físico; (...) estilos de vida. (...) E4 (...) o exercício físico (...) E5 (...) Exercício físico, a mobilidade, (...) hábitos saudáveis a incutir (...) E6 (...) O exercício físico, maior parte dos nossos doentes não fazem exercício físico, com trabalhos pesados e acham que já é o suficiente, tentar encontrar com eles um tempo em que podem fazer uma caminhada. (...) E7 |

APÊNDICE IV

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS á pessoa diabética e família

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros na EPS à pessoa diabética e família

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|---|---------------------|---|
| 1. Envolvimento do doente | | <p>(...) Educar o doente (...) ensino que realizamos num contacto direto com o doente, numa perspectiva de educação para a saúde (...) E1</p> <p>(...) ajudar no apoio ao doente (...) na interação do doente, com base no diálogo (...) E3</p> <p>(...) por vezes temos de começar o ensino pelas complicações da diabetes, para provocar um pequeno "susto", para ver se conseguimos, que aquele doente tenha cuidados com a sua saúde (...) tentar encontrar soluções, explicar que nem tudo é mal, e que temos de encontrar soluções agradáveis à altura deles, e que podem cometer algumas excessões à regra.(...) E7</p> |
| 2. Envolvimento da família | | <p>(...) Faço ensinos programados (...) Nem sempre envolvo a família, depende do grau do conhecimento (...) e do grau da dependência do doente. Só quando o doente não é capaz. (...) E1</p> <p>(...) questionar os familiares que cuidam do doente diabético (...) E2</p> <p>(...) Tentar envolver sempre a família, em que ela é sempre um elo de apoio ao doente. (...) Entrar em contacto com os familiares, para ajudar no apoio ao doente, e participar nos ensinos (...) E3</p> <p>(...) Envolve sempre a família, quando o doente não colabora ou este pede colaboração da esposa por exemplo; ou a própria família mostra interesse. (...) E4</p> <p>(...) Nas tardes por vezes faço ensinos programados à família e doente, que é quando a família tem disponibilidade, e o doente não apresenta capacidade para estes ensinos técnicos. (...) E5</p> <p>(...) ensino à família quando alguma coisa não bate certo como, quando um familiar trás um bolo e pede se pode dar, aí já vejo que tenho de intervir e realizar ensino. (...) Acho que o mais importante num ensino, é o feedback do ensino, saber até que ponto o doente e família entenderam e absorveu do ensino. (...) E6</p> <p>(...) A família, se estiverem presentes ou se estiverem já por si envolvidas, sim. E só se for um utente sem capacidade de perceber. (...) E7</p> |
| 3. Envolvimento da equipa multidisciplinar | | <p>(...); peço sempre apoio de nutricionista (...) E1</p> <p>(...) falar na consulta de podologia(...) E3</p> <p>(...) apoio de nutrição, (...) E4</p> |

APÊNDICE V

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Momento utilizado pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|-------------------------------------|---------------------|---|
| 1. Execução de procedimentos | | (...) <i>no momento das picadas</i> , (...) E1 (...) <i>no momento de avaliação das glicemias capilares</i> (...) E2; E3; E4; E5; E6; E7 |
| 2. Durante as refeições | | (...), <i>no momento das refeições</i> , (...) E2 (...) <i>e na hora da alimentação</i> . (...) <i>As vezes na hora do jantar</i> (...) E3 (...) <i>na alimentação</i> (...) E5 |
| 3. Sem momento específico | | (...) <i>a família não está informada e faço o ensino nesse momento</i> . (...) E6 |

APÊNDICE VI

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Metodologia utilizada pelos enfermeiros na realização da EPS à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|----------------------|---------------------|--|
| 1. Interativo | | <p>(...) <i>Interação do enfermeiro com o doente, num método direto e explicativo, (...) E1</i></p> <p>(...) <i>utiliza-se o método interativo, em que faz-se o ensino ao doente, e depois ele tem que ser capaz de mostrar sozinho a realização das técnicas que sabe. (...) E2</i></p> <p>(...) <i>Na interação com o doente, com base no diálogo (...) o método interativo (...), é base do diálogo que faço o ensino, faço-o por etapas, conforme a evolução da aprendizagem do doente. (...) É importante o supervisionamento de todas as etapas. (...) E3</i></p> <p>(...) <i>O método interativo (...), significa interagir com o doente, se o doente não se encontra motivado, temos de dar tempo e respeitar, mas é através da interação que se faz o ensino (...) E4</i></p> <p>(...) <i>Penso que o método interativo começa com o diálogo com os doentes e família. E penso que poderá ser o mais adequado. Porque tens o feedback das pessoas e convém saber o que é que o doente reteve da informação (...) eu começo por pesquisar as glicemias, e peço a colaboração do doente ou família, depois após a observação identifico as necessidades, e questiono sobre as suas dificuldades. (...) E5</i></p> <p>(...) <i>um método de interação, porque a pessoa para além de ouvir tem de responder, e interagimos uma com a outra. Para que a pessoa aprenda o que foi ensinado, e para que eu também aprenda, e para a próxima possa estar mais preparada (...) Um ensino personalizado aquela pessoa e á aquela família é o método mais eficaz. (...) E6</i></p> <p>(...) <i>O método interativo, com a prática, em que faço uma demonstração teórico-prática e depois ponho as pessoas a praticar, (...) E7</i></p> |
| 2. Expositivo | | <p>(...) <i>o expositivo, através de panfletos, cartazes, (...) E1</i></p> <p>(...) <i>os panfletos (...) E2</i></p> <p>(...) <i>Panfletos, agora nem vê-los, mas seria muito importante, (...) E5</i></p> <p>(...) <i>Os panfletos (...) É fundamental e consolida os conhecimentos, (...) Uma exposição de um vídeo ou um PowerPoint, não tem onde colocar a não ser na unidade de AVC, um vídeo sobre isso, acho que é uma boa hipótese e se pode colocar na unidade. Há muitos doentes diabéticos (...) E6</i></p> <p>(...) <i>Agora demonstração ou entrega de alguma coisa, não, nada, zero. Ainda houve uma fase, que havia vários panfletos de várias marcas, agora não, porque vais a um centro de saúde tem muitos. (...) E7</i></p> |

APÊNDICE VII

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Avaliação dos resultados efetuada pelos enfermeiros sobre a EPS realizada à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|--|---|--|
| 1. Avaliação sistemática | <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de necessidades | <p>(...) Se a abordagem for feita numa fase inicial do internamento, conseguimos fazer uma avaliação dos conhecimentos absorvidos pelo doente, (...) na participação do doente, o seu empenhamento (...) E1</p> <p>(...) Faço a avaliação, conforme a participação e empenho de cada doente (...) E3</p> <p>(...) Primeiro avalio o que o doente sabe, depois faço reforço da parte teórica, ver as lacunas que ele tem, depois disso faço perguntas. (...) E4</p> <p>(...) avalia-se conforme o feedback do doente, na interação do doente, mas se o doente se encontrar desmotivado, não consegue ter êxito no ensino (...) E5</p> <p>(...) vou abordando por etapas, para perceber o que o doente absorveu dos ensinamentos realizados (...) E6</p> <p>(...) faço perguntas para avaliar o feedback do doente. (...) E7</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> Conhecimentos | <p>(...), através da capacidade do doente, saber mostrar as capacidades e conhecimentos aprendidos, (...) E2</p> <p>(...) e dos resultados de aprendizagem (...) E3</p> <p>(...), faço perguntas para avaliar o feedback do doente. (...) E4</p> <p>(...) Na participação do doente, o seu empenhamento, (...) E5</p> <p>(...) através da interação com o doente, questionando e analisando as suas respostas. (...) No feedback que tu tens, e nos comportamentos das pessoas que vê, se mudaram. (...) o método que utilizo para o ensino, já consigo observar como o doente assimilou os seus conhecimentos. (...) Acho que o mais importante num ensino, é o feedback do ensino, saber até que ponto o doente e família entenderam e absorveu do ensino. (...) E6</p> <p>(...) perceber até que ponto o utente assimilou (...) a pessoa diabética entender o que foi ensinado (...) E7</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> Treino de habilidades | <p>(...) já consegue sozinho, fazer as pesquisas de glicemias (...) E1</p> <p>(...) auto administração da insulina, pesquisas de glicemias, manejo da máquina de glicómetro, etc. (...) E2</p> <p>(...) Do glicómetro, verifico se faz bem, (...) E4</p> <p>(...) colocar o doente a fazer as pesquisas, e depois ver se o doente reteve a informação, como a família (...) E5</p> <p>(...) Do glicómetro, verifico se faz bem, (...) e praticar à tua frente (...) E7</p> |
| 2. Envolvimento da pessoa e família nos cuidados | | <p>(...), logo vemo-nos obrigados, a escolher este momento para educar o doente (...) Nem sempre envolvo a família, depende do conhecimento do doente e do grau da dependência do doente. Só quando o doente não está capaz. (...) E1</p> <p>(...) devemos, mas é motivar o doente, pois os cuidados com a diabetes são essenciais, e somos nós que o inculcamos (...) E2</p> <p>(...) Tento envolver sempre a família, em que ela é sempre um elo de apoio ao doente (...) E3</p> <p>(...), sempre que possível e se o doente assim o quiser, tentar que a família participe (...) E5</p> |

APÊNDICE VIII

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|---|---------------------|--|
| 1. Falta de disponibilidade de tempo | | (...) <i>é a falta de tempo</i> (...) E1; E4 (...) <i>O tempo, temos muito pouco tempo, para fazer muito. (...) muito pouco tempo para estar com os doentes.</i> (...) E2 (...) <i>O tempo é escasso</i> (...) E3 (...) <i>falta de disponibilidade, falta de tempo</i> (...) <i>é muito difícil gerir o tempo</i> (...) E5 (...) <i>a falta de tempo,(.)pela dificuldade de gerir o tempo</i> (...) E6 (...) <i>Por vezes fazemos ensinamentos meia hora antes da alta, o que eu não concordo, o que é mau, não acho que esteja relacionado com o mau profissionalismo, mas com a escassez de tempo</i> (...) <i>O tempo, é uma das minhas grandes dificuldades</i> (...) <i>ensinamos o básico, por falta de tempo</i> (...) E7 |
| 2. Falta da presença da família | | (...) <i>nem sempre é possível ter a presença das famílias, nem sempre tem disponibilidade, (...) necessitamos do apoio da família</i> (...) E1 (...) <i>recetividade (...) da família,</i> (...) E2 <i>Por vezes é complicado fazer ensino aos familiares, pela falta de disponibilidade, da parte da família.</i> (...) E3 (...) <i>A participação da família nos cuidados prestados</i> (...) E6 |
| 3. Falta de recursos humanos | | (...) <i>A falta de recursos humanos.</i> (...) E1 (...) <i>por falta de recursos humanos</i> (...) E4 |
| 4. Falta de formação | | (...) <i>Mais formação, já não me lembra quando foi a última vez que tivemos formação.</i> (...) E1 (...) <i>Formação, a falta de formação</i> (...) E3 (...) <i>Falta de formação</i> (...) E7 |
| 5. Falta de motivação | | (...) <i>As dificuldades relativamente a mim podemos vir pouco motivada, podemos não estar tão atenta a certas dificuldades e dúvidas dos doentes, e não estou tão atenta à EPS;</i> (...) E4 (...) <i>as vezes até a mim, me falta a motivação</i> (...) E5 (...) <i>Nenhum de nós está motivado</i> (...) E6 |
| 6. Falta de apoio organizacional | | (...) <i>a instituição devia-nos ouvir mais, temos pouco pessoal, poderiam colocar mais enfermeiros numa medicina e retirar de outros serviços com menos necessidades</i> (...) E4 (...) <i>Principalmente agora que tudo está interligado à ULSAM. Agora somos a mesma instituição. Devíamos estar mais articulados e ainda estamos muito afastados.</i> (...) <i>Mais apoio da instituição (...).não há apoio por parte da instituição</i> (...) E6 |

APÊNDICE XI

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Necessidades sentidas pelos enfermeiros ao cuidar da pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|----------------------------------|--------------|---|
| 1. Recursos humanos | | (...) <i>Mais recursos, quer humanos</i> (...) E1 (...) <i>precisamos de mais gente para trabalhar, pois os elementos saem do serviço e não são substituídos</i> (...) E2 (...) <i>, mais recursos humanos.</i> (...) E3 (...) <i>colocar mais enfermeiros numa medicina</i> (...) <i>temos pouco pessoal</i> (...) E4 |
| 2. Recursos materiais | | (...) <i>Mais recursos, (...) materiais.</i> (...) E1 (...) <i>Deveria de haver panfletos, seria importante.</i> (...) E2 (...) <i>Falta de material</i> (...) E3; E5; E7 (...) <i>Falta de material, por exemplo: kit de pesquisas de glicemias, não temos, e temos de pedir á consulta externa e perdemos muito tempo</i> (...) E4 |
| 3. Espaço para realização da EPS | | (...) <i>juntar alguns doentes numa sala e fazer um ensino em grupo era interessante,</i> (...) E1 (...) <i>penso que devia existir um local para os ensinos, pois na enfermaria não é o local adequado, num ambiente que sabíamos que não seríamos ser interrompidos.</i> (...) <i>Seria também interessante, reunir um grupinho de diabéticos, no serviço, numa sala para EPS,</i> (...) <i>aproveitar os diabéticos internados, junta-los mais a família e fazer ensino de grupo</i> (...) <i>para partilha de informação e experiências de vida, poderia ser uma vez por semana, por exemplo, teríamos de ter uma pessoa para fazer formação,</i> (...) E4 (...) <i>Um local próprio para fazer o ensino, fazer um ensino ao doente e família num local mais apropriado, acho que é um assunto um bocado intimo, para estar a falar á frente de todos os doentes na enfermaria</i> (...) E5 (...) <i>Há muitos doentes diabéticos,</i> (...) <i>Numa sala pra fazer uma sessão, é capaz de se fazer para cinco pessoas e ter-se-ia de se fazer várias vezes por semana.</i> (...) E6 |

APÊNDICE X

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Opinião dos enfermeiros relativo à prestação de cuidados à pessoa diabética e família, numa perspetiva de continuidade de cuidados

| CATEGORIA | Unidades de Análise |
|------------------|---|
| 1. Suficientes | <p>(...) Os cuidados que prestamos são os mais essenciais, o que é necessário, claro que não é o ideal, mas mesmo assim prestamos bons cuidados de saúde (...) E1</p> <p>(...) Os cuidados, são bons com qualidade, mas não de excelência. (...) E2</p> <p>(...) Faz-se o essencial, e acabamos por dar prioridades. (...) E3</p> <p>(...) “Os cuidados, considero cuidados com qualidade, os melhores possíveis, com as condições que a instituição nos dá. (...) E4</p> <p>(...) Neste momento, os cuidados são suficientes. Tento sempre dar o meu melhor. Quer no doente diabético, ou outra doença (...) E5</p> <p>(...) Mas os essenciais e suficientes. (...) E7</p> |
| 2. Insuficientes | <p>(...) Os cuidados prestados ficam muito de lado, quer para o doente diabético ou outro doente. (...) E3</p> <p>(...) São cuidados insuficientes, (...) não em ambiente apropriado, feito um bocado por vezes á pressa; por vezes não temos bem a percepção se o doente terá bem adquirido os conhecimentos. (...) E6</p> <p>(...) Escassos, são muitos escassos (...) E7</p> |

APÊNDICE XI

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família

QUADRO DE DISCURSO DE ENFERMAGEM - Sugestão dada pelos enfermeiros para uma melhoria da continuidade de cuidados à pessoa diabética e família

| CATEGORIA | SUBCATEGORIA | Unidades de Análise |
|---|--------------|--|
| 1. Formação | | <p>(...) <i>mais formação</i>, (...) E1; E2; E3; E7</p> <p>(...) <i>E formação, devemos ter formação contínua, quer seja no serviço ou no departamento de formação, devíamos ter mais formação</i> (...) A diabetes é uma doença crónica, tem muitas consequências, por isso devia-se investir nos ensinamentos. (...) E4</p> <p>(...) <i>mais formação, imensas coisas novas a sair e não há formação, medicação que sai, técnicas novas. E principalmente no nosso serviço que temos uma grande incidência de doentes diabéticos, e temos muitos diabéticos novos de idade, acho que devemos ter formação.</i> (...) E5</p> <p>(...) <i>a formação dos profissionais de saúde.</i> (...) E6</p> |
| 2. Aumento de recursos humanos | | <p>(...), <i>reforço de recursos humanos, (...), e prestar cuidados de enfermagem com qualidade,</i> (...) E1</p> <p>(...) <i>mais gente, mais enfermeiros e auxiliares de acção médica. E voltamos sempre ao mesmo, precisamos de mais gente para trabalhar.</i> (...) E2</p> <p>(...) <i>mais recursos humanos</i> (...) E3; E5; E7</p> <p>(...) <i>Nesta fase, sinto que precisamos de mais pessoal, mais enfermeiros, (...), mais apoio de nutrição, ter um elemento sempre presente no serviço, como a assistente social;</i> (...) E4</p> <p>(...) <i>Contratação de enfermeiros, para prestar cuidados de qualidade, tem de ser.</i> (...) E6</p> |
| 3. Aumento de recursos materiais | | <p>(...) <i>reforço de recursos humanos e materiais,</i> (...) E1</p> <p>(...) <i>Lá está, mais recursos</i> (...) E2</p> <p>(...) <i>que são as mesmas, mais recursos materiais</i> (...) E3</p> <p>(...) <i>panfletos no serviço que não há</i> (...) E4</p> <p>(...) <i>mais material,</i> (...) E5</p> <p>(...) <i>A hipótese de haver um panfleto escrito (...), um género de um guia orientador, de todos os assuntos sobre a diabetes, poderíamos adaptar para aquele doente e família (...). Seria importante ter um guia orientador sobre as diabetes.</i> (...) E6</p> |
| 4. Maior articulação entre os cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários | | <p>(...) <i>os cuidados de saúde primários terem acesso ao processo de enfermagem, existente no meio hospitalar, o que será o ideal para a continuidade de cuidados</i> (...) E1</p> <p>(...) <i>Devíamos estar mais articulados e ainda estamos muito afastados para definir métodos de trabalho; (...), a falta de articulação dos centros de saúde e o hospital, quer de um lado como para o outro, porque do centro de saúde que existem coisas novas e não nos transmitem, e que era importante que isso acontecesse.</i> (...) E2</p> <p>(...) <i>Procedimentos hospitalares, para uma organização de trabalho; importante que a articulação dos cuidados fosse mais eficaz, nas áreas diferentes de intervenção.</i> (...) E6</p> <p>(...) <i>Uma das coisas que nos falta muito é a articulação com os cuidados de saúde primários. Porque a informação deve ser articulada. Deve ser utilizada a mesma linguagem, e os mesmos procedimentos.</i> (...) E7</p> |